

DE LA COEXISTENCE

DE LA

Cholécystite et de l'Appendicite

(Cholécysto-Appendicite)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE FRILET

Né à Cuers (Var), le 26 Juin 1885

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1910

DE LA COEXISTENCE

DE LA

Cholécystite et de l'Appendicite

(Cholécysto - Appendicite)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1910-1911 — N° 52

DE LA COEXISTENCE

DE LA

Cholécystite et de l'Appendicite

(Cholécysto-Appendicite)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Décembre 1910

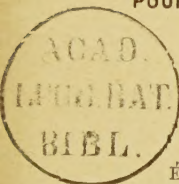
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE FRILET

Né à Cuers (Var), le 26 Juin 1885

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
Cliniques chirurgicales.	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale.	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL.
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COURMONT (P.).
Anatomie pathologique.	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Etienné)	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. PONCET, Président ; PAVIOT, Assesseur ;
MM. GAYET et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PIERRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CHARLES FRILET

Médecin-Major de 1^{re} classe

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin chef des salles militaires de l'Hospice de Nîmes

ET

A MA MÈRE

Si cruellement éprouvés par la perte récente d'un fils de 17 ans chéri de tous les siens, je dédie ces pages, faible témoignage de mon infinie tendresse et du grand désir que j'ai de leur montrer ma reconnaissance. Puisse la considération de mes sentiments à leur égard leur procurer quelque soulagement dans leur immense douleur.

A MON FRÈRE CHARLES

En témoignage de l'étroite affection qui nous unit.

A MES GRANDS PARENTS

A MES PARENTS — A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Institut
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider cette thèse. Nous garderons de son enseignement un souvenir précieux. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COTTE

Chef de Clinique chirurgicale

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui ne nous a pas ménagé ses conseils. Nous le remercions de l'amabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli et nous l'assurons de notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CHAPITRE PREMIER

Introduction et Historique

Il n'y a pas bien longtemps que l'association de la cholécystite et de l'appendicite a conquis sa place au cadre nosologique. Jusqu'en ces dernières années, quelques auteurs, Vergriette, M. Adenot dans un mémoire publié dans le *Lyon Médical* de 1901, A. Dreyfuss, dans sa thèse inspirée par M. Tixier, avaient bien signalé des cas de cholécystite à forme d'appendicite, mais les relations de ces localisations infectieuses et leur association sur le même sujet avaient passé inaperçues. MM. Tripier et Paviot, les premiers dans leurs recherches sur la péritonite sous-hépatique, attirèrent l'attention sur la fréquence et les rapports qui pouvaient exister entre cette double infection vésiculaire et appendiculaire chez un même malade. En 1903, Becker étudie dans une monographie l'association de l'appendicite et de la cholélithiase, qu'il regarde comme peu fréquente, car il n'en a pu rassembler que 34 exemples qu'il emprunte à Kehr, Riedel, Czerny, Kummel, Rotter, Sonnenburg, Brandt, Von Beck, Lindler, Sandler et auxquels il joint 5 observations inédites du professeur Müller. La question alors acquiert droit de

cité en France avec une communication de Dieulafoy qui, contrairement à Becker, considère cette association comme assez fréquente et en rapporte un certain nombre d'observations soit personnelles, soit recueillies chez différents auteurs (Grant, Quénu). L'année suivante, Lévy, dans sa thèse, lui consacre une étude importante. Il rapporte une observation très détaillée de MM. Michel et Bichat, parue dans l'*Est Médical* de 1903; il rappelle les cas de Becker et emprunte à Dreyfuss une observation de Laplace. Depuis, l'association de la cholécystite et de l'appendicite a été assez fréquemment signalée à mesure que ces faits étaient mieux connus et que l'on devenait de plus en plus interventionniste dans les cas de lithiase biliaire, suivant le développement énorme subi par cette chirurgie durant ces dernières années. En 1908, M. G. Cotte, dans sa thèse inaugurale sur le *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications*, montre que tous les chirurgiens qui s'occupent de la lithiase ont noté des exemples de l'inflammation simultanée de la vésicule et de l'appendice et il pose nettement les indications opératoires qui résultent de cette association. Depuis cette époque, M. le Dr Delore a eu l'occasion d'opérer, à la clinique de M. le Professeur Poncet, une malade dont l'observation est devenue le point de départ de ce travail. Nous rapportons, en outre, un certain nombre d'observations récentes de Kehr, Weber, Martel, Gayet, et d'observations inédites dues à l'obligeance de MM. Bérard et Tixier.

CHAPITRE II

Etiologie

FRÉQUENCE. — Nous venons de dire que tandis que Dieulafoy considérait la cholécysto-appendicite comme une affection relativement fréquente, A. Becker était d'un avis contraire. Nous nous rattachons à l'opinion de Dieulafoy. D'ailleurs voici des résultats précis que nous empruntons en grande partie aux statistiques publiées par G. Cotte dans son travail :

Müller, 125 opérations de lithiase... ..	5	cas
Körte, 278 opérations de lithiase... ..	3	—
Kehr, 200 opérations de lithiase... ..	14	—
Czerny, de 1897-1901, 136 opér. de lithiase..	1	—
— de 1901-1906, 220 opér. de lithiase..	6	—
Narath, de 1906-1909, 158 opér. de lithiase..	1	—

Nous en concluons que la coexistence de la cholélithiase et de l'appendicite se rencontre en moyenne dans à peu près 3 % des cas de lithiase biliaire que l'on opère.

Maccarty qui publie cette année, en mai 1910, une statistique des frères Mayo basée sur 365 cholécystectomies signale, en outre, que dans 13 % des cas il y avait asso-

ciation de symptômes appendiculaires. De plus, dans 69 % des autopsies qu'il a pratiquées chez des sujets morts à la suite d'interventions sur les voies biliaires, cet auteur s'est trouvé en présence de lésions macroscopiquement et microscopiquement définies au niveau de l'appendice et il fait même remarquer, à ce propos, qu'il serait intéressant de voir si l'on ne trouverait pas une semblable proportion chez les sujets normaux. Nous ne pouvons nous empêcher d'établir un rapprochement entre ces constatations et celles de MM. Tripier et Paviot dans leurs rapports nécropsiques, qui déclarent avoir constaté tout comme Jänicke (de Breslau), une proportion de 60 à 70 % des femmes de 20 à 40 ans, proportion un peu inférieure pour les hommes du même âge, présentant des adhérences intestinales disséminées sur les diverses parties de l'abdomen et dont l'origine serait tout simplement due à un processus inflammatoire de péritonite sous-hépatique.

AGE. — D'après nos observations, le maximum de fréquence de la cholécysto-appendicite se rencontre entre 30 et 50 ans. Ce n'est pas tout-à-fait l'époque de prédilection de la lithiase biliaire qui s'observe de préférence chez les individus qui ont passé l'âge adulte, ce n'est certes pas non plus celle de l'appendicite, que l'on est surtout exposé à rencontrer dans le jeune âge, avant 25 ans.

SEXE. — En nous basant sur les cas où le sexe est signalé, nous comptons une proportion de femmes bien supérieure à celle des hommes, le nombre de celles-ci l'emportant à peu près d'un tiers sur le nombre de ceux-là. A ce sujet, nous ferons remarquer que les hommes

sont beaucoup plus exposés à l'appendicite et les femmes à la lithiase biliaire. En outre, il est démontré que la femme est beaucoup plus que l'homme sujette aux infections.

MALADIES ANTÉRIEURES. — Nous signalons dans la plupart de nos observations l'état défectueux du tube digestif. A noter qu'on le rencontre également dans tous les cas d'appendicite et dans presque toutes les infections biliaires. Au point de vue des antécédents morbides, la fièvre typhoïde et la grippe sont de toutes les maladies infectieuses celles qui sont le plus souvent en cause.

CHAPITRE III

Pathogénie

En présence de la double affection qui nous intéresse, le problème pathogénique ne peut se poser que de la façon suivante : La cholécystite est-elle la conséquence de l'appendicite ? L'appendicite est-elle provoquée par la cholécystite ? Ou bien cholécystite et appendicite sont-elles toutes deux sous la dépendance d'une cause commune, extrinsèque, plus ou moins générale ? Autant d'hypothèses, autant d'opinions contradictoires qui ont chacune leurs partisans.

1. — L'appendicite est sous la dépendance de la cholécystite (Dieulafoy, Tripier et Paviot).

Pour Dieulafoy, « on sait avec quelle facilité se font les infections ascendantes d'origine appendiculaire. Ainsi, nous avons vu, au chapitre du foie appendiculaire, que l'infection qui aboutit à la purulence de l'organe part du foyer appendiculaire et est transportée au foie par la voie ascendante des réseaux veineux qui aboutissent à la veine porte et au foie. Mais ce genre de migration veineuse de

l'infection n'a rien à voir avec l'infection de la vésicule biliaire ; c'est le foie qui est atteint et non la vésicule, et la preuve, c'est que dans les cas fort nombreux de foie appendiculaire, la vésicule est restée indemne.

« On peut encore se demander si l'infection partie du foyer appendiculaire ne pourrait pas atteindre la vésicule biliaire par voie ascendante péritonéale à la faveur des adhérences qui relient si souvent l'appendice, l'intestin et la vésicule ? Ce mode d'infection ascendante est celui qui aboutit à l'empyème sous-phrénique appendiculaire et à la pleurésie appendiculaire...les traînées membraneuses et purulentes jalonnent la route, si bien qu'on peut suivre l'épopée infectieuse depuis sa modeste origine appendiculaire jusqu'à son épanouissement intra-thoracique où la pleurésie est souvent purulente et putride. Mais, en consultant les nombreuses observations où l'infection appendiculaire remontante a abouti à l'empyème sous-phrénique et à la pleurésie, on voit que la cholécystite n'est pas signalée ; l'infection a pu lécher les parois de la vésicule biliaire, mais, je le répète, elle n'a pas provoqué de cholécystite.

« Or, si la vésicule biliaire échappe à la grande traînée infectieuse d'origine appendiculaire qui remonte en s'épanouissant le long de l'intestin, autour et au-dessus du foie, et jusque dans la cavité thoracique, est-il rationnel d'admettre qu'elle se laisse infecter par la petite traînée, qui, dans les cas qui nous occupent, la relie à l'appendice. »

M. Dieulafoy rapporte un certain nombre d'observations personnelles ; il en résume ensuite quelques autres choisies parmi les cas de Becker. Il les divise en deux groupes :

1^{er} Groupe. — L'appendicite paraît avoir précédé la cholécystite. 2 cas de Kehr.

2^e Groupe. — La cholécystite a précédé l'appendicite (cas beaucoup plus nombreux). 5 cas de Müller.

M. Dieulafoy conclut ainsi : « Du reste, dans le plus grand nombre des observations, vingt-cinq fois au moins sur trente, on voit que ce sont les symptômes de lésions biliaires qui ouvrent la scène ; les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard. »

Ce dernier argument, d'ordre clinique, est loin d'avoir pour nous une importance capitale. Nous verrons à propos du diagnostic que l'association des deux syndromes vésiculaire et appendiculaire ne correspond pas toujours à des lésions anatomiques définies, et que le syndrome vésiculaire peut apparaître en premier lieu d'une façon passagère et fugace, pour laisser le syndrome appendiculaire, qui s'est montré quelque temps après lui, s'installer de plus en plus nettement à mesure qu'il disparaît lui-même et d'une façon définitive. L'opération alors ne montre plus que l'existence seule d'une appendicite. D'un autre côté, nous avons trouvé dans nos observations une proportion un peu plus forte que celle qu'indique M. Dieulafoy.

Sur 58 cas, 19 fois nous avons noté un début très net par des symptômes d'appendicite (observations IX, XI, XIV, XV, XVI, XVIII, XX, XXIII, XXVI, XXVII, XXVIII, XXXIV, XXXVI, XXXVII, XLIV, XLVIII, XLIX, LII, LVIII).

Dans 3 cas, en outre, il était tout-à-fait impossible de dire qui de l'appendicite ou de la cholécystite avait commencé (observ. XVII, XIX, XXIV).

MM. Tripier et Paviot admettent, comme M. Dieulafoy, l'infection descendante, et à l'appui de leur manière de voir ils n'apportent pas seulement des faits cliniques, ils se basent surtout sur des observations anatomo-pathologiques. Ils jettent ainsi un jour nouveau sur la pathogénie de l'appendicite. Après avoir établi que les lésions des viscères abdominaux ne deviennent douloureuses que lorsque le péritoine les entourant est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu, et que la douleur est d'autant plus vive que l'exsudat liquide est moins abondant, ils montrent que la crise appendiculaire est due à la péri-appendicite qui existe dès les premières phases de la douleur ; elle est constante dans la crise douloureuse, tandis que sont inconstantes les lésions des autres tuniques.

C'est ce que prouve encore cette remarque que les lésions les plus prononcées de l'appendice dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose intestinale ne donnent lieu à aucune manifestation symptomatique particulière, car il ne faut pas confondre la pathogénie de l'inflammation de l'appendice proprement dite qui peut exister sans « colique » avec la pathogénie de la crise appendiculaire. De même, la colique hépatique n'est due ni à la présence d'un calcul, ni au spasme des voies biliaires, ni à une obstruction quelconque. En effet, l'ictère est le symptôme le plus inconstant de la colique hépatique ; il y a par contre des cas d'obstruction, de rétention biliaire, d'ictère chronique, d'hydropisie de la vésicule, de présence de calculs qui ne donnent aucune sensation analogue à celle de la colique hépatique. De plus, le spasme des voies biliaires qui dure pendant plusieurs heures est contraire

à la physiologie des fibres lisses dont la contracture est transitoire. Mais la colique hépatique s'explique par la péri-cholecystite, comme la crise appendiculaire s'explique par la péri-appendicite. Les phénomènes généraux qui accompagnent ces deux affections ne sont-ils pas des symptômes de péritonite? En résumé, colique hépatique et appendicite ne sont que les manifestations de l'inflammation du péritoine péri-appendiculaire et péri-vésiculaire, tandis que appendicite et cholélithiasie peuvent passer complètement inaperçues si le péritoine n'est pas intéressé. Pour MM. Tripier et Paviot la présence d'anneaux scléreux avec dilatation au-dessous de l'anneau, les perforations, la gangrène de l'appendice ne sont que des manifestations secondaires à l'inflammation péritonéale. Enfin, ce n'est que dans des cas tout-à-fait exceptionnels, que l'inflammation péri-appendiculaire relève d'une lésion primitive de l'appendice; le plus souvent la péritonite vient d'en haut, qu'elle soit adhésive et sèche, suppurée ou gangreneuse.

« L'appendice est pris ou non dans le foyer, il y subit passivement les altérations que comportent la nature, l'évolution et l'intensité de cette inflammation péritonéale, mais il n'y est pour rien, du moins à l'origine. »

MM. Tripier et Paviot concluent : « Le jour où les chirurgiens ne renverseront pas les rôles et voudront songer au cholecyste, même quand les manifestations péritoniques sont plus bas vers l'appendice, on verra que toujours la vésicule biliaire est malade. Certains abcès sous-phréniques, certaines pleurésies ne seront plus rapportés à une infection appendiculaire remontante, mais celle-ci passera à un plan secondaire, et l'on resti-

tuera à la vésicule tous les méfaits dont on a accusé l'appendice. On ne parlera plus de « foie appendiculaire ».

COMMENT SE FAIT LA PROPAGATION DE L'INFLAMMATION ? —
Telle est maintenant la question qui se pose, après énumération de ces différentes théories.

On est droit d'invoquer tout d'abord, dans certains cas, en faveur de l'explication de la coexistence des deux inflammations, un contact immédiat entre la vésicule et l'appendice. A. Dreyfuss notamment a signalé ces variétés anatomiques où la vésicule descend jusqu'au contact du cœcum et l'appendice remonte jusqu'au foie. Dans nos observations, nous trouvons quelquefois décrits au cours de l'opération ces longs appendices remontants, dont la pointe voisine le péritoine sous-hépatique.

Dans quelques autres cas encore plus exceptionnels, l'appendicite peut être sous la dépendance de la cholélithiase, par le fait de la pénétration et de l'enclavement de calculs biliaires dans l'appendice.

Quelques observations de cette sorte ont été rapportées. C'est ainsi que Lediard (*Gallstones in the Appendix, Lancet 1907*) a publié l'observation d'un malade, dans l'appendice duquel il trouva, à l'opération, onze calculs à facettes dont le centre était formé de pigments biliaires et qui étaient composés surtout de cholestérine. Des faits plus ou moins analogues ont été rapportés par Trousseau, Sirey, Rehn, Trèves et Vegeler. Plus récemment, Mays Robson a publié un cas de péritonite généralisée à la suite de cette complication de la lithiase, mais la plupart de ces faits remontent à une période où les calculs stercoraux méconnus étaient pris pour des calculs biliaires. Il s'agit en somme de faits exceptionnels.

Le plus souvent la propagation de l'inflammation se fait de la vésicule vers l'appendice par des adhérences péritonéales. Il est possible aussi qu'elle se fasse parfois par l'intermédiaire des lymphatiques.

Il suffit pour se convaincre de ce rôle important joué par le péritoine de se reporter aux rapports nécropsiques de MM. Tripier et Paviot, qui montrent quelles sont les dispositions les plus communes des brides et adhérences qui ont une origine vésiculaire et se disséminent et se propagent vers les points déclives, cæcum, appendice, petit bassin. Ce processus inflammatoire serait dû, d'une part, aux rapports du cæcum avec la région sous hépatique et d'autre part à la fixité du cæcum et de l'appendice « l'immobilité d'un organe l'exposant davantage à une atteinte inflammatoire ».

Nous renvoyons, pour de plus amples détails, à notre chapitre d'anatomie pathologique.

Par l'expérimentation, M^{lle} Maugeret a établi que les lymphatiques efférents de la vésicule, allant aboutir à un important groupe ganglionnaire à la fois peri et juxta glandulaire qui occupe la région de la tête du pancréas, propageaient à cet organe l'infection vésiculaire. Après avoir décrit les relations de ce groupe ganglionnaire avec les lymphatiques du cæcum et de l'appendice, M^{lle} Maugeret ajoute : « Il est légitime de penser que dans certains cas l'infection partie des voies biliaires, après avoir fait un premier relai au niveau du carrefour de la tête pancréatique et y avoir déterminé des lésions, qui ont pu d'ailleurs rester latentes, puisse gagner la région cervicale de l'organe, sorte de second carrefour lymphatique, et, de ce second relais, aller plus loin encore, suivre les

trones annexés aux branches de la mésentérique supérieure, aller par eux jusqu'au niveau de l'appendice et là, trouvant un organe particulièrement riche en tissu lymphoïde, y déterminer un nouveau processus inflammatoire, pouvant être d'autant plus intense que cette richesse est plus grande — une appendicite ». Ce n'est là qu'une hypothèse qui reste encore à démontrer ; en tous cas, cette pathogénie de par la clinique ne serait admissible que tout à fait exceptionnellement. Il nous a paru néanmoins intéressant tout au moins de la signaler, car nous avons trouvé une fois (observation XIV) coexistence de pancréatite et de cholecysto appendicite.

II. — La cholécystite est sous la dépendance de l'appendicite

C'est là une théorie toute neuve, qui, nous allons le voir, a été heureusement défendue par M. Weber, et qui s'appuie sur un certain nombre de faits pathologiques actuellement bien connus.

Dans un article paru dernièrement dans le *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie* (1910, page 924), Weber soutient la possibilité de propagation à la vésicule dans certains cas d'un processus inflammatoire siégeant au niveau de l'appendice.

« Dans un laps de temps assez court, dit-il, j'observais l'an passé trois appendicites et consécutivement d'une façon manifeste des affections secondaires du foie et des canaux biliaires qui rendent par conséquent plausible la possibilité de ce mode d'infection des voies biliaires dans une plus grande extension. » Voici, d'ailleurs, de ces trois observations, celle qui nous a paru la plus typique :

OBSERVATION (résumée).

Weber. — *Appendicite et complications hépatiques. —
Laparotomie. — Mort.*

S. L..., femme de 62 ans, en traitement depuis trois mois à l'hôpital est vue le 4 mai 1909 pour un abcès péri-typhique consécutif à une appendicite. Température 38° 4. — Pouls 120. Rien au foie et à la vésicule. Laparotomie. On tombe sur un appendice remontant, gangrené, baignant dans un pus épais dont on fait écouler avec les précautions ordinaires trois cuillerées. Large tamponnement.

Du 4 au 8 mai, amélioration très sensible. Le 8 mai au matin la température remonte de 37° 1 à 38° 7, le pouls est à 100 et 110. Subictère généralisé. Sensibilité de la région hépatique et au niveau de la vésicule, qui est légèrement augmentée de volume. Les selles sont cependant spontanées. La malade est très prostrée.

Le 9 mai, température 39° 9. Pouls à 130 et 140. Soif et délire. La malade continue à aller spontanément à la selle, les fèces sont décolorées.

Le 10 mai, la température descend à 38° 7 environ ; le pouls bat à 146.

Le 11 mai, mort à 2 heures du matin.

Autopsie. — On trouva macroscopiquement et microscopiquement des lésions caractérisées d'hépatite toxique appendiculaire, avec dégénérescence granulo-graisseuse des cellules. Le contenu de la vésicule était nettement purulent, l'examen bactériologique y révéla la présence du *bacterium coli*. Les voies biliaires appartenant aux domaines dégénérés montrèrent à l'examen microscopique une modification sensible de leurs parois ; les limites des cellules épithéliales n'étaient plus distinctes, desquamation de la couche épithéliale avec dans leur intérieur corpuscules purulents.

M. Weber interprète cette propagation à la vésicule de l'infection appendiculaire suivant des vues pathogéniques un peu spéciales. Les intermédiaires qu'il met en cause

sont la veine porte et le système nerveux. Après avoir rappelé que beaucoup d'abcès hépatiques doivent leur origine à cette circonstance que l'appendice est tributaire de la veine porte et à la fréquence des processus pathologiques qui atteignent cet organe, M. Weber reconnaît que le plus souvent, toutefois, les germes pathogènes franchissent le foie sans imprimer à son parenchyme de traces de leur passage. Mais cet organe, ajoute-t-il, par la disposition caractéristique de ses vaisseaux autour des lobules hépatiques, de leurs travées cellulaires et de leurs cellules, disposition qu'il compare à celle d'un système irrigateur périphérique, favorise l'accès rapide des germes infectieux dans les voies biliaires qui les éliminent ainsi du torrent sanguin. « C'est alors, qu'entraînés par le courant de la bile, ces germes peuvent léser les parois des canaux biliaires de tout calibre ainsi que celles de la vésicule et la lésion ainsi produite apparaît anatomiquement et cliniquement comme une angiocholite et une cholécystite ascendantes. »

A l'appui de la théorie de Weber, il nous faut immédiatement reconnaître que suivant l'évolution des idées en pathogénie rénale, où l'infection urinaire ascendante admise autrefois sans conteste a définitivement cédé le pas d'une façon presque absolue à l'infection du rein par voie sanguine, l'infection du foie par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire tend, de plus en plus, à prendre en pathogénie hépatique une place prépondérante. L'apport de microbes d'origine intestinale par la veine porte apparaît, en outre, comme essentiellement facile lorsque la barrière épithéliale de l'intestin a été détruite par un processus ulcéreux quelconque. C'est ce qui se passe dans la

dysentérie que l'on retrouve à l'origine de nombre d'abcès du foie et aussi dans l'appendicite. MM. Quénu et Duval, dans leur rapport sur les angiocholites aiguës au *deuxième Congrès de la Société internationale de Chirurgie tenu à Bruxelles, en 1908*, rapportent les expériences de Lartigau qui liant le cholédoque chez un animal nourri avec du bacille pyocyanique, retrouve ce bacille dans la vésicule et réalise ainsi l'infection du foie par voie veineuse et les démonstrations de Sergent, Gilbert et Lion, au sujet de l'origine veineuse portale des tuberculoses hépatiques. Le rôle éliminatoire du foie, que Weber invoque en faveur de sa théorie, a été bien prouvé depuis quelques années. Des expériences et des constatations cliniques ont été faites avec de nombreux microbes. Celles qui concernent le bacille d'Eberth résument toutes les autres, c'est la question des « porteurs de bacilles » qui entre en cause. MM. Lemierre et Abrami, reprenant toutes les expériences antérieures à 1907, ont trouvé la présence du bacille typhique dans la bile après injection intra-veineuse et ils ont ainsi démontré la réalité des cholécystites expérimentales. On pourrait encore donner d'autres preuves de l'origine appendiculaire de certaines cholécystites. N'a-t-on pas vu, en effet, certaines poussées inflammatoires de la vésicule apparaître après des opérations sur le rectum ou après des interventions pour hernie étranglée.

Rose a publié un cas mortel de cholécystite gangréneuse développée deux jours après une cautérisation d'hémorroïdes. Terrier a publié un cas de cholédoco duodénostomie pour angiocholite avec rétrécissement des voies biliaires développée après une simple dilatation pour fis-

sure à l'anus. Körte a signalé la cholécystite comme complication de l'étranglement herniaire,

Il est inutile, semble-t-il, d'insister davantage sur ce point. Les faits qui précèdent montrent suffisamment la réalité des cholécystites secondaires à l'appendicite. Dans tous ces cas l'infection peut se faire soit par la veine porte, soit par la circulation générale. Ajoutons, enfin, que pour Weber il faudrait également faire intervenir le grand splanchnique. L'appendice enflammé agirait sur ce nerf et déterminerait ainsi une atonie des voies biliaires d'où l'insuffisance de la chasse biliaire et l'infection ascendante des canaux de la bile.

III. — L'appendicite et la cholécystite sont deux localisations simultanées d'une même infection.

C'est au nom des nombreuses recherches de Gilbert et Lereboullet, Gilbert et Lipmann, Moynihan et Wiener que Lévy à la suite de Kehr se rattache à cette opinion que les infections vésiculaire et appendiculaire chez un même malade seraient concomitantes.

L'appendicite et la cholécystite, soutiennent Kehr et Lévy, relèvent toutes deux de causes pathologiques qui sont souvent communes. Ces causes semblables sont soit déterminantes, et en rapport alors avec une infection d'origine intestinale ou plus fréquemment avec une infection d'ordre général, soit prédisposantes et elles relèvent, dans ce cas, de la diathèse neuro arthritique et de l'abus du régime alimentaire carné. Les résultats des recherches des différents auteurs précédemment cités permettent d'admettre que déterminant l'appendicite et la cholécystite chacune

isolément, elles peuvent encore de par leur communauté d'origine les produire d'une façon simultanée. Ces recherches sont les suivantes : Gilbert et Lereboullet ont constaté chez de nombreux malades atteints d'infection biliaire chronique que cette infection n'était jamais seule en cause. Ils ont toujours pu se rendre compte qu'elle atteignait en même temps bien des organes et gagnait peu à peu tous les conduits glandulaires venant s'ouvrir dans le tube digestif : ces malades atteints d'infection biliaire, avaient également des parotidites, des stomatites, des angines, des sinusites, des périostites alvéolodentaires, des appendicites. Bien souvent il y avait coïncidence de furoncles, de coryza, d'otites, de ducryocystites, etc... Moynihan, Wiener ont montré les rapports fréquents de la pancréatite aiguë ou chronique et de la cholélithiasie.

Mais le point le plus intéressant de la question et sur lequel insistent plus particulièrement Gilbert et Lereboullet, c'est la coïncidence de l'appendicite et de la cholémie familiale ou d'une autre forme d'infection biliaire chronique.

Cette théorie soulève contre elle un certain nombre d'objections : Tout d'abord, Dieulafoy écrit : « On pourrait s'arrêter un instant à l'idée que les deux infections sont dues à un processus lithiasique, provoquant à la fois la cholécystite calculueuse et l'appendicite calculueuse. Mais cette hypothèse ne tient pas devant ce fait que chez les malades atteints de la double infection qui nous occupe, les concrétions calculueuses sont très rares dans l'appendice et font parfois défaut dans la vésicule. »

De plus, les constatations de Wiener et Moynihan ne peuvent plus s'interpréter en faveur de la concomittance

des deux infections par voie sanguine ou intestinale depuis que Mlle Maugeret a établi que dans la presque totalité des cas, pour ne pas dire toujours, l'infection vésiculaire se propageait au pancréas par les lymphatiques efférents de la vésicule.

Nous nous sommes efforcé de nous rendre compte chez les malades frappés de cholecysto-appendicite, dans quelle proportion il y avait concomittance de cette dernière et d'affections en rapport avec des processus morbides d'origine intestinale ou d'ordre général. Nos résultats sont basés sur 40 observations allemandes, c'est-à-dire sur des observations très complètes où les moindres anamnestiques sont notés avec un soin jaloux et les signes relevés à l'examen semeiologique décrits avec le souci des plus petits détails. Nous renvoyons pour ces observations complètes à la monographie de Becker qui renferme les 37 premières, car nous ne les rapportons que très résumées, et au compte rendu de Kehr sur trois années de chirurgie biliaire, Munich 1908, observ. CIV, CXX et CCLXIII. Sur ces 40 cas nous avons trouvé une fois un herpès labial des deux côtés et une autre fois une otite moyenne suppurée d'origine grippale (observ. VIII et XLVII), soit seulement 5 % des cas où apparaissaient simultanément des phénomènes d'infection générale. Rien de semblable n'était signalé dans le restant de nos observations, même dans nos observations lyonnaises les plus récentes, qui ont été cependant relevées avec un soin particulier.

COMMENT SE FAIT LA PROPAGATION DE L'INFLAMMATION ? —

La concomittance des deux affections dues à une cause semblable ne peut logiquement s'expliquer qu'en invo-

quant l'intermédiaire de l'intestin ou de l'appareil circulatoire.

Toute infection de l'intestin dont ils ne sont que des diverticules, nous paraît apte à se propager à l'appendice et à la vésicule, propagation, toutefois, qui se fera beaucoup plus facilement pour l'un que pour l'autre, car l'appendice est déjà septique normalement et l'infection favorisée par la stagnation des matières dans le cæcum. La vésicule est mieux défendue. Toute question de microbisme latent mise à part, l'on admet généralement qu'en dehors de l'état pathologique son contenu est aseptique, l'épanchement de bile pure dans le péritoine, a-t-on dit, ne déterminerait pas de péritonite. Le courant de la bile entretient mécaniquement cette asepsie des voies biliaires, la dernière portion du cholédoque faisant seule exception, car elle est souillée par le voisinage du duodenum, dans lequel vivent à l'état ordinaire, colibacilles, streptocoques et staphylocoques.

Mais si la bile est aseptique, elle n'est ni antiseptique, ni microbicide. C'est un milieu de culture aussi favorable que le bouillon ordinaire (Gilbert et Dominici). La chasse biliaire peut être supprimée, les voies biliaires sont en imminence d'infection de par la présence de germes pathogènes dans la dernière portion du cholédoque, la virulence de ces germes peut être exaltée et leur émigration favorisée par l'état pathologique antérieur des voies biliaires, altération préalable de la cellule hépatique.

C'est ce qui se passe dans la fièvre typhoïde et l'entérococolite muco-membraneuse. Ce sont là, la question de l'état diathésique réservée, les deux grandes causes communes plus ou moins éloignées ou immédiates de la cholélitiase et de l'appendicite d'origine intestinale.

La fièvre typhoïde peut provoquer la cholécystite dans une vésicule déjà atteinte de cholélithiasse et même peut-être une cause assez fréquente de la cholélithiasse. Ces faits sont bien connus aujourd'hui et il est inutile d'insister davantage. Il en est de même des rapports de la dothinen-térie avec l'appendicite. Jeanselme, dans le traité Debove et Achard, écrit à ce sujet : « Les ulcérations des follicules clos ou agminés, qui sont la caractéristique anatomique de la fièvre typhoïde, ne se limitent pas toujours à l'intestin grêle. Hoffmann, sur 233 autopsies a constaté 47 fois l'extension des lésions au cœcum et à son appendice ».

M. Lejars cite de Murphy deux observations typiques de fièvre typhoïde et d'appendicite typhique (*Semaine médicale* 1906, p. 519).

Même relation de cause à effet, pour la plupart des auteurs, sinon pour tous, entre l'entérite muco-membraneuse et les deux affections qui nous intéressent. MM. Gilbert et Lippmann ont étudié le contenu bactériologique de la vésicule biliaire à l'état pathologique et sont arrivés à cette conclusion que le coli-bacille devait être considéré comme le « grand parasite des voies biliaires. » Les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite ont été très discutés. Deux opinions diamétralement opposées ont été soutenues par Dieulafoy et Reclus ; le premier en raison du véritable cri d'alarme qu'il poussa aux mois de mai et juin 1906 à l'Académie de médecine : « On opère trop d'appendicites. Bon nombre de gens simplement atteints de typhlo-colite glaireuse, membraneuse ou sableuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. L'appendicite n'est que tout-à-fait exceptionnellement l'aboutissant des entéro-colites », et le second au nom de sa théorie « de la stagnation ».

A l'appui de son opinion Reclus apporte un ensemble d'observations fort imposant. Nombre d'auteurs sont venus corroborer les vues de Reclus.

Les vaisseaux sanguins à leur tour peuvent être considérés comme un lien pathogénique entre l'appendice et la vésicule, en ce sens que dans une affection générale ils transportent des germes pathogènes pouvant se fixer à la fois sur les deux organes. Cette infection générale peut provoquer l'appendicite comme la cholécystite soit directement, soit indirectement plutôt, en exaltant la virulence des microbes intestinaux. La cholécystite, calculuse ou non, est souvent consécutive à la fièvre typhoïde, à la tuberculose, la grippe, les fièvres intermittentes, la pneumonie. D'un autre côté, disent MM. Tripier et Paviot, Sahli a dénommé l'appendicite « l'angine de l'appendice cœcal », et M. Jalaguier conclue : « Plus j'étudie l'appendicite, plus je tends à la considérer, dans certains cas au moins, comme la manifestation locale d'une infection générale. M. Simonin signale une série d'angines infectieuses, de scarlatines, d'érysipèles, de grippe, d'oreillons, de rougeole, de variole, suivis d'une inflammation de l'appendice iléo-cœcale. (*Société médicale des Hôpitaux*, 27 décembre 1901).

IV. — Conclusions

De cette longue dissertation sur la pathogénie de la cholecysto-appendicite, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1^o Dans la plupart des cas l'appendicite est sous la dépendance de la cholécystite. L'infection est descen-

dante. Ainsi le démontrent la clinique avec Dieulafoy et l'anatomie pathologique avec MM. Tripier et Paviot. Exceptionnellement, la propagation de l'inflammation du cholécyste à l'appendice s'explique par le contact immédiat des deux diverticules dans certaines variétés anatomiques. Plus exceptionnellement encore l'appendicite se déclare consécutivement à la cholélithiasse par le fait de la pénétration et de l'enclavement de calculs biliaires dans l'appendice. Quelquefois, rarement, il semble que l'on puisse invoquer un mécanisme de propagation inflammatoire par les lymphatiques efférents de la vésicule suivant la démonstration expérimentale de Mlle Maugeret sur le rôle prépondérant de ces vaisseaux dans la pathogénie de la cholécysto-pancréatite. Le plus souvent, ainsi que le démontrent les observations anatomo pathologiques de Tripier et Paviot, la cholécystite aboutit à l'appendicite en passant par les stades suivantes :

Péricholécystite ;

Péritonite sous hépatique ;

Périappendicite ;

Appendicite.

Il s'agit en somme d'un processus inflammatoire chronique.

2° Dans bien des cas, nous serions même tenté de dire dans à peu près un tiers des cas, la cholécystite est sous la dépendance d'une inflammation aiguë, siégeant au niveau de l'appendice. Ainsi le démontre le début clinique de l'affection. L'infection est alors ascendante suivant les idées émises par Weber et se fait par l'intermédiaire de la circulation porte ou de la circulation générale. Le foie élimine par ses canaux biliaires les

germes pathogènes d'origine appendiculaire qui lui sont ainsi apportés. Ce rôle éliminatoire du foie vis-à-vis des microbes est fort en honneur à l'heure actuelle en pathologie hépatique. Les microbes parvenus dans la vésicule biliaire y trouvent un milieu hospitalier et leur virulence s'exerce souvent en lésant ses parois.

3^e Dans quelques cas, enfin, la concomittance des deux infections, sous la dépendance d'une même cause, est parfaitement admissible. Appendice et vésicule sont soumis à des affections communes d'ordre intestinal, entre autres la fièvre typhoïde et l'entérocolite muco-membraneuse et à la plupart des maladies infectieuses. Ces causes qui provoquent leur inflammation isolément peuvent parfois la déterminer d'une façon simultanée ou successivement à quelques jours d'intervalle.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

Au point de vue anatomo-pathologique, la cholécysto-appendicite se caractérise par une triple lésion intéressant la vésicule, l'appendice et le péritoine.

Toutes les formes de la cholécystite et de l'appendicite sont notées au cours de nos observations, depuis les formes légères, superficielles, jusqu'aux formes ulcéreuses, purulentes et même gangréneuses et perforantes (Grant). Nous n'en ferons pas de description, car elles n'ont rien de particulier.

Mais les cas de perforation de la vésicule et de l'appendice ne sont que des faits en somme exceptionnels et de même il est très rare d'observer des collections périappendiculaires volumineuses. La péritonite de voisinage reste le plus souvent plastique et aboutit seulement à la formation d'adhérences qui englobent plus ou moins la vésicule, le côlon, le cæcum et l'appendice. Ce sont ces lésions de péritonite plastique qui ont été décrites par MM. Tripier et Paviot sous le nom de « péritonite sous hépatique ». Ces auteurs en ont distingué plusieurs variétés de types ana-

tomiques. Voici le cas le plus complet et le plus démonstratif : « Les parois de la vésicule biliaire sont épaissies et rétractées sur deux calculs ayant chacun le volume d'une noisette. De la vésicule et des parties voisines, latérales, postérieures et surtout antérieures de la face inférieure du foie, partent de nombreux tractus semblables à des membranes fibreuses, minces et irrégulières, entrecroisées en tous sens, qui vont se fixer sur la première portion du duodénum jusqu'au pylore ; puis en avant sur la plus grande partie du côlon transverse, en s'étendant à droite sur le côlon ascendant ; les adhérences arrivent jusqu'à trois travers de doigts au-dessus du fond du cæcum. Du reste, l'inflammation paraît propagée jusqu'à l'appendice qui est recourbé et adhère au cæcum. Enfin, le grand épiploon vient en un point se confondre avec les adhérences situées entre le bord du foie et le côlon transverse, où il est solidement fixé ». Nous ajouterons que dans le plus grand nombre de nos observations nous avons constaté la présence de calculs dans la vésicule ou dans les canaux (cystique, hépatique ou cholédoque), ou encore de calcul libre dans un abcès. La présence de calculs stercoraux dans la lumière de l'appendice constitue une exception.

CHAPITRE V

Symptomatologie

Estimant qu'il est tout à fait inutile de décrire ici les symptômes de l'appendicite et de la cholécystite dans leurs différentes formes, nous serons forcément assez bref sur la symptomatologie de la cholécysto-appendicite, qui se caractérise par des signes relevant de chacune de ces deux localisations infectieuses.

Toutefois, nous distinguerons suivant le mode de manifestation des symptômes dans leur apparition, trois formes symptomatologiques principales de cholécysto-appendicite.

I. Une forme, que nous pouvons dire *oscillante*, qui se caractérise par des symptômes alternativement vésiculaires et appendiculaires. C'est la forme la plus fréquente. Sur 48 observations comportant des anamnestiques précis, nous l'avons rencontrée 26 fois (obs. II, III, IV, V, VI, VII, XI, XIV, XX, XXI, XXIII, XXVI, XXVII, XXXV, XXXVI, XLIII, XLIV, XLVI, XLVII, XLVIII, XLIX, L, LI, LIV, LV, LVIII).

Les poussées inflammatoires éclatent alternativement

dans les deux organes et peuvent se renouveler plusieurs fois, au point de faire osciller la symptomatologie et avec elle le diagnostic, de la vésicule à l'appendice et réciproquement.

II. Une forme que nous pouvons de même appeler *concomitante* par analogie de désignation avec la précédente. Elle est un peu plus rare, 13 fois sur 48 observations (VIII, IX, X, XV, XVI, XVII, XIX, XXV, XXVIII, XXX, LII, LIII, LVII). Elle se caractérise par des symptômes vésiculaires et appendiculaires associés.

III. Une forme à symptomatologie incomplète ou indéterminée (obs. I, XII, XIII, XVIII, XXII, XXIV, XXXVI, XXXVII, XL). Dans ces cas relativement exceptionnels, tantôt la symptomatologie est dominée par les seules manifestations appendiculaires (l'observation I, de Quénu, en est un bel exemple) ou vésiculaires, et le diagnostic de la double affection se fait au cours de l'opération, tantôt elle est obscure ou masquée par des symptômes étranges et l'on se rattache à tout autre hypothèse qu'à celle de l'existence d'une cholécysto-appendicite (dans les observations XII et XXXVII, à un iléus ; dans l'observation XIII, à un rétrécissement duodénal ; dans l'observation XXII, à un rein mobile, ou à une tumeur, ou à un foie mobile). Nous pensons que l'explication des cas à manifestations appendiculaires ou vésiculaires isolées relève d'une anomalie de situation de l'appendice ou de la vésicule, amenant l'un de ces deux diverticules au contact à peu près immédiat de l'autre (obs. XXXVI, de Sonnenburg). Les signes devant révéler l'inflammation de l'organe qui se trouve déplacé, sont alors faussés et masqués par le fait même de ce déplacement.

Nous avons eu l'occasion de constater à différentes reprises au cours de ce travail que les formes de cholécysto-appendicite aiguë étaient plutôt exceptionnelles et qu'il s'agissait la plupart du temps de formes chroniques récidivantes. Ce caractère de chronicité des lésions, qui s'accompagnent, d'autre part, d'un processus de péritonite plastique, imprime à l'affection qui nous occupe une physionomie un peu spéciale, que nous retrouvons toujours la même dans la plus grande partie de nos observations.

Il existe une phase prodromique, d'une durée assez indéterminée, variant de quelques mois à quelques années, caractérisée par des troubles divers, peu précis, au niveau de l'estomac notamment, douleurs, crampes, qu'accompagnent une sensation de lassitude générale, l'inappétence et quelques vomissements. Puis, la température devient subfébrile, les douleurs vagues s'étendent à tout le ventre, les malades accusent cette sensation, parfois très douloureuse, de pesanteur et de tiraillement généralisée à l'abdomen, dont MM. Tripier et Paviot ont fait un des symptômes caractéristiques de la péritonite sous-hépatique.

Les signes réels de l'affection se manifestent après cette phase prodromique, suivant l'une des modalités que nous avons distinguées précédemment, oscillante, concomitante ou incomplète. Le début est souvent brusque et se caractérise par une douleur dans la région de l'estomac et de l'ombilic avec irradiations dans tout le ventre et parfois dans le thorax, les lombes et l'épaule. Ce début s'accompagne de symptômes généraux d'intensité variable, parmi lesquels les troubles digestifs entrent en première ligne, crampes d'estomac, nausées, vomissements, diar-

rhée et constipation que nous trouvons signalés dans presque toutes les observations. La fièvre peut être continue, plutôt rémittente ou intermittente. L'ictère est inconstant. Peu à peu, la douleur se localise au niveau de la vésicule ou de l'appendice, si elle n'apparaît pas à la fois dans l'hypochondre droit et dans la fosse iliaque droite.

Elle est quelquefois paroxystique, comme dans les cas de cholécystite aiguë, d'autres fois elle est continue, sourde et profonde, d'autres fois elle est vive et lancinante. Dans la forme oscillante, il y a persistance de troubles dans l'organe primitivement atteint, quand le deuxième organe vient à s'infecter.

Si la cholécystite fait place à l'appendicite, une douleur persistera au niveau de la région de la vésicule ou bien celle-ci restera volumineuse et sensible ; si c'est l'appendicite qui a ouvert la scène et qui semble avoir disparu pour laisser place à la cholécystite, ce qui est moins fréquent, une résistance, un empâtement, une tuméfaction resteront perceptibles dans la fosse iliaque droite. Dans les cas typiques, que nous avons seuls en vue dans cette description, la réaction est très intense du côté de la séreuse exposée à la double atteinte des deux foyers appendiculaire et vésiculaire. Ceux-ci se comportent comme s'ils cherchaient à se confondre par leurs nombreuses adhérences, qu'il est facile de sentir sous la forme d'un plastron péritonéal plus ou moins étendu, réunissant en un empâtement commun, l'appendice, le côlon ascendant, l'épiploon, la vésicule biliaire,, la paroi abdominale et souvent l'estomac et le côlon transverse.

Il ne peut pas être question ici, comme dans une appendicite ou une cholécystite ordinaire, de la localisation de

la douleur en un point fixe, celle-ci est le plus souvent diffuse. Enfin, la vésicule étant, d'une part, souvent petite et ratatinée, puisqu'il s'agit presque toujours de cholécystite calculeuse et, d'autre part, enclavée plus ou moins dans des adhérences, il est parfois tout à fait impossible de la sentir à la palpation. C'est la pression légère avec un doigt au niveau de sa situation exacte qui, en éveillant la douleur, permettra alors de dépister son inflammation.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic de l'accouplement des deux infections appendiculaire et vésiculaire est de la plus haute importance au point de vue thérapeutique. « Certes, l'infection de la vésicule ne manque pas de gravité, mais l'infection de l'appendice est bien plus redoutable. Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable, car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On croit alors avoir tout le temps de combattre l'infection de la vésicule biliaire, on temporise, et, pendant ce temps-là, l'appendicite que l'on a méconnue peut marcher rapidement avec son cortège d'accidents toxi-infectieux, avec ou sans péritonite, avec ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la vie du malade est compromise par la double ou la triple infection, faute d'avoir agi à temps. » (Diculafoy). En général, les signes fournis par l'examen somatique d'un malade atteint de cholécysto-appendicite, sont suffisamment nets pour que leur diagnostic s'impose dans la plupart des cas. Sur un nombre total de 58 observations, il s'en est trouvé 5 qui ne com-

portaient aucun renseignement de diagnostic. Sur les 53 qui restaient, nous avons constaté que le diagnostic avait été fait ou soupçonné 43 fois avant l'intervention, dont un cas en période de résolution musculaire post-anesthésique sur la table d'opération, au moment d'une laparotomie exploratrice (observation XLIII). Quatre fois seulement le diagnostic avait erré complètement, car des symptômes étrangers étaient venus masquer ceux de la cholécysto-appendicite. Dans l'observation XII, Kehr crut à un iléus, dû à une appendicite gangréneuse ou à une cholécystite et, dans l'observation XIII, à un rétrécissement duodénal occasionné par une cholécystite adhésive. Dans l'observation XXII, on attribua les douleurs à des calculs biliaires, à un rein mobile, à une tumeur, à un foie mobile et même à des manifestations nerveuses. Dans l'observation XXXVII, Sonnenburg crut encore à un iélus. Dans deux cas, enfin, le diagnostic fut fait à l'opération (observations II et XXXVI). Dans quatre cas, il fut incomplet (observations VII, XXVIII, XL).

On peut donc dire, en résumé, que dans les cas de beaucoup les plus nombreux, les antécédents des malades, la migration des symptômes de la région vésiculaire vers la région appendiculaire ou inversement de l'appendice vers la vésicule, ou bien la coexistence des deux ordres de symptômes et encore plus, quelque soit la forme symptomatologique que revêt l'affection, le caractère de persistance et de fixité des signes objectifs apparus dans les régions de la vésicule et de l'appendice permettent d'arriver à un diagnostic certain et précis. Toutefois, le clinicien le plus avisé pourra être induit en erreur si, par suite du processus de péritonite sous-hépatique étendu aux or-

ganes voisins, quelque symptôme étranger surajouté aux symptômes ordinaires de l'affection vient, comme nous l'avons vu à propos de quatre observations, se placer au premier plan dans le tableau clinique et accaparer de ce fait la plus grande part de l'attention. Mais même en dehors de ces cas, il en existe d'autres où la symptomatologie est suffisamment diffuse pour que l'on soit en droit de se demander s'il s'agit de cholécystite, d'appendicite ou bien des deux réunies ? L'observation LVIII est typique à cet égard. (On est assez embarrassé pour poser un diagnostic ferme. Il ne s'agit évidemment pas d'appendicite vraie. La malade est pâle, presque cachectique ; la tuméfaction qu'elle présente sur le trajet du côlon ascendant, répond peut-être à une bacillose de cet organe. D'autre part, les caractères des crises douloureuses, les phénomènes gastro-intestinaux font penser à une cholécystite chronique. Mais la tumeur observée siège au-dessous de la place normale de la vésicule, il n'y a jamais eu d'ictère). C'est un fait notoire que l'appendicite peut simuler la cholécystite dans diverses formes et encore plus souvent la cholécystite revêtir les allures de l'appendicite.

En clinique, les syndromes ne sont pas toujours typiques et schématiques. Les localisations de la douleur dans l'une et l'autre affection sont loin d'être toujours précises. « On nous accordera aisément, dit Tripier, au sujet de la colique hépatique, que les points douloureux classiques sont ceux que l'on observe le moins souvent. » D'autre part, le point de Mac Burney peut se trouver en défaut. Appendicite et colique hépatique présentent bien des irradiations douloureuses communes. De plus, il y a des sujets chez qui la vésicule descend jusqu'au contact du

cæcum ; il y en a d'autres chez qui l'appendice remonte derrière le cæcum jusqu'au foie ; c'est alors que la localisation de la douleur et le siège de la tuméfaction ne peuvent servir à établir le diagnostic. Dans les deux syndromes même bien caractérisés, il y a nombre de symptômes communs : troubles digestifs, défense musculaire.

En outre, le syndrome péritonitique peut se rencontrer également dans l'un et dans l'autre. Aussi, devons-nous faire la remarque, qu'à mesure que nous nous éloignons en clinique des formes schématiques, nous pouvons rencontrer des symptômes communs plus nombreux, donc moins de caractères différentiels, et, par conséquent, nous sommes exposés davantage à trouver des causes d'hésitation dans le diagnostic. Mais ce n'est pas tout, il existe des cas dans lesquels le syndrome cholécystique peut être accompagné, précédé ou suivi dans un court laps de temps du syndrome appendiculaire avec disparition assez rapide de ce dernier, pour que l'on soit amené à penser qu'en pareille circonstance il n'y a eu réellement au point de vue essentiel qu'une cholécystite et que les manifestations appendiculaires ont été tellement fugaces qu'elles sont sans importance. Thévenin, il y a trois ans, a consacré une étude importante à cette association du syndrome cholécystique et du syndrome appendiculaire, association qu'il explique par une poussée irritative éphémère péri-appendiculaire par propagation de la péritonite sous-hépatique. Mériel rapporte dans la « Presse Médicale » de 1909, page 235, l'observation d'une malade chez qui apparurent successivement quatre phases morbides : syndrome cholécystique, appendicite, reprise du syndrome cholécystique, appendicite enfin franchement rétrocaecale.

Le syndrome cholécystique a bien existé puisque le sub-ictère, les douleurs caractéristiques, les vomissements, les colorations anormales de l'urine et des fèces ont été nettement constatés à deux reprises. Mais il n'y a eu qu'une esquisse de cholécystite, étant donné le peu de durée des symptômes, leur disparition définitive et l'absence de tout antécédent biliaire. L'appendice, avons-nous fait remarquer, était rétrocaecal et sa pointe voisinait avec le péritoine sous-hépatique.

Nous venons de voir combien délicat et difficile est dans certain cas le diagnostic entre la cholécystite et l'appendicite, à tel point qu'il est presque impossible de dire parfois si l'on est en présence de l'une ou de l'autre affection ou des deux réunies. Nous n'avons pas à énumérer ici les signes qui feront pencher plutôt en faveur de l'une que de l'autre. « Dans les cas douteux, et en présence d'indications nettes fournies par les symptômes généraux et locaux, on pratiquera la laparotomie sur le bord externe du grand droit, seule propre à éclairer sur la véritable nature des lésions ». (Dreyfuss, thèse de Lyon 1902.

Si l'appendicite et la cholécystite offrent dans leur tableau chimique certains points communs, qui peuvent induire en erreur sur la nature vraie de l'affection, dans les cas où les symptômes sont mal accusés, et amener une confusion de l'une avec l'autre, il ne faut pas non plus perdre de vue que dans certains cas, exceptionnels il est vrai, le diagnostic différentiel de ces deux affections avec les inflammations des autres organes abdominaux peut présenter de sérieuses difficultés. A ce propos, il nous a paru intéressant, parce que l'affection chirurgicale qui va être en cause est une de celles le plus souvent observées

dans la pratique, de relater ici un article récent de Fink dans lequel l'auteur traite des hernies inguinales étranglées simulées par l'appendicite et la cholélithiase (*Prague Medizinische Wochenschrift*, novembre 1908).

Dans le court espace de 15 jours, Fink a eu l'occasion d'observer deux malades porteurs depuis des années de hernies inguinales réductibles, chez qui sont apparus brusquement des symptômes nets d'étranglement herniaire. Dans les deux cas, à côté de l'étranglement et au-dessus du ligament de Poupart, on trouva une tuméfaction résistante et douloureuse donnant l'impression qu'elle devait être en rapport avec la hernie et causée par elle. L'opération démontra le contraire comme l'on va voir par les deux observations ci-bas, que nous traduisons presque textuellement.

OBSERVATION I.

Finck — Prague Medizinische Wochenschrift 1908.

Cholécystite simulant une hernie inguinale étranglée. — Cure radicale et Cholécyctomie. — Guérison.

Homme, de 71 ans- porteur depuis vingt ans de deux hernies inguinales. La gauche, scrotale, avait un canal inguinal large de trois doigts et était de la grosseur du poing. La droite avait le volume d'un petit œuf de poule. Ces deux hernies facilement réductibles étaient très bien supportées. Subitement, le malade éprouva de grandes douleurs abdominales avec vomissements, saillie de la hernie inguinale droite et élévation de la température. A l'observation ; à côté de la hernie gauche restée flasque on voyait la hernie droite fortement distendue sans possibilité de réduction. En outre au-dessus de l'anneau inguinal une légère tuméfaction résistante et douloureuse se percevait à la pression. On porta le diagnostic d'étranglement herniaire avec engagement de l'épiploon dans le sac.

Opération de la hernie droite, anesthésie à la cocaïne. Le contenu du sac était représenté par de la sérosité limpide et de l'épiploon libre, légèrement étranglé au niveau du collet.

Débridement et cure radicale. Comme la hernie ne paraissait pas suffisante pour expliquer la complexité des symptômes, j'allais à la recherche de la tuméfaction perçue au-dessus du ligament de Poupart. Anesthésie à l'éther. Une tumeur arrondie, fortement tendue, recouverte par une séreuse enflammée, fut aperçue sous l'épiploon, entre les anses intestinales. Le péritoine contenait un liquide clair et limpide. Cette tumeur fut isolée de ses connexions, c'était la vésicule biliaire excessivement distendue. On prolonge l'incision opératoire jusqu'au rebord costal, qui descend très bas et rend l'accès de la vésicule biliaire difficile. Celle-ci est adhérente sur toute sa surface aux organes environnants, la séreuse autour du cystique est épaissie et œdématisée. Cholécystectomie sous séreuse. Suites normales.

OBSERVATION II

Finck. — Prague medizinische Wochenschrift 1908.

Appendicite simulant une hernie inguinale étranglée. — Cure radicale et drainage d'un abcès cœcal. — Guérison.

Femme de 43 ans, qui avait depuis longtemps une hernie inguinale droite bien supportée, se réduisant avec la plus grande facilité. Le 10 février, elle tombe malade avec les symptômes d'une appendicite, qu'un médecin tente de refroidir. Huit jours après, la hernie sort et s'étrangle. Tentatives de taxis qui échouent. En présence de symptômes typiques d'étranglement herniaire, on me confie la malade pour l'opérer. L'incision de 10 centimètres de long, parallèle au trajet du canal inguinal, conduit sur la hernie de la grosseur d'un petit œuf de poule. A trois travers de doigts au-dessus du ligament de Poupart une tuméfaction de 10 centimètres de long s'étend obliquement depuis le sac herniaire jusque vers le rebord des fausses côtes, à peu près à égale distance de la ligne médiane et de l'épine iliaque antéro-supérieure et sans dépasser dans le sens horizontal le niveau de l'ombilic. Sa surface est lisse et sa consistance molle.

Ouverture du sac fortement épaissi et très tendu et évacuation d'un pus phlegmoneux épais qui représente tout son contenu. Par le collet étroit du sac, on enfonce une sonde dans la cavité abdominale, d'où du pus s'évacue. Seconde incision au-dessus du ligament de Poupart. Ouverture d'une grosse collection purulente siégeant dans la fosse iliaque droite. Le cæcum plongeait au milieu de cette collection, et au point d'insertion de l'appendice se trouvait une ulcération, point de départ de l'abcès. Cure radicale de la hernie, nettoyage et drainage de la cavité abdominale. Dans la suite se fit une fistule stercorale, occlusion par suture intestinale. Guérison complète.

L'auteur, après avoir cité ces deux observations, conclut que, dans un cas comme dans l'autre, il y avait une analogie de cause frappante. Dans le premier cas, la sérosité limpide transsudation de la cavité péritonéale par suite de la cholécystite purulente, avait pénétré dans la hernie, point le plus déclive et y avait déterminé une forte distension du sac rendant toute tentative de réduction impraticable. Dans le second cas, le pus produit par l'inflammation du cæcum et de l'appendice était descendu de la fosse iliaque dans le sac vide de la hernie inguinale, causant une distension maximum et accolant en outre l'une contre l'autre par sa pression les parois du canal herniaire, ce qui rendait la réduction impossible.

CHAPITRE VII

Pronostic

Dépendant surtout du rôle de défense joué par le péritoine autour des deux foyers vésiculaire et appendiculaire, le pronostic de la cholécysto appendicite est forcément atténué puisque dans le plus grand nombre des cas, il ne s'agit que d'un processus de péritonite plastique mettant la grande cavité péritonéale à l'abri d'une infection généralisée. Les cas foudroyants comme celui de Grant (observation V) où le malade est brutalement emporté par une péritonite généralisée à la suite d'une double perforation des deux diverticules, sont heureusement rares. Indépendamment de cet exemple, nous n'avons relevé dans toute la série de nos observations, que quatre cas suivis de mort. Deux fois, celle-ci était due à une suppuration persistante à la suite d'intervention incomplète. Nous aurons plus loin l'occasion de revenir là-dessus. Une fois, le malade mourut de la gangrène d'une anse intestinale à la suite de l'extraction par incision d'un énorme calcul enclavé dans l'intestin grêle. (Observation XXXVII). Une autre fois enfin, le malade fut emporté par une insuffisance hépatique. Chaque fois que l'intervention chirurgicale a été pratiquée à temps sur les deux foyers infectueux, nous ne comptons que des guérisons définitives.

CHAPITRE VIII

Traitement

PROPHYLAXIE. — Il existe d'abord un traitement prophylactique de la cholécysto appendicite, sur lequel nous ne nous étendrons pas outre mesure, étant donné son importance relative. Nous ferons simplement remarquer que le traitement prophylactique de l'un des deux, de la cholélithiasé, sera préventif de l'autre, de l'appendicite, suivant les relations bien établies par MM. Tripier et Paviot, qu'ont entre eux la vésicule et l'appendice. L'hygiène de l'intestin sera particulièrement surveillée chez les prédisposés à la cholélithiasé, évacuation régulière et antisepsie des voies intestinales, régime alimentaire aussi peu carné que possible. On recommandera l'usage des eaux de Vichy et d'Evian.

INDICATIONS OPÉRATOIRES. — En tous cas, il ne peut être question, pour la cholécysto-appendicite, de traitement médical : « La coexistence de ces deux affections, écrit Cotte, constitue un double danger pour l'individu qui en est atteint et les indications chirurgicales ne peuvent qu'en être rendues plus pressantes et plus absolues ». C'est aussi l'avis de Dieulafoy : « C'est ici que l'intervention

chirurgicale hâtive est plus indiquée que jamais. Prêcher la temporisation, c'est aller au-devant d'accidents les plus redoutables ». En outre, les données actuelles sur l'étiologie de la cholélithiase, en montrant l'origine infectieuse des calculs, ont conduit les chirurgiens à être beaucoup plus interventionnistes. Considérant le rôle tout à fait effacé que la vésicule et l'appendice jouent dans l'économie, Kehr émet l'humoristique réflexion, que ces deux organes n'ont d'autre raison d'être que d'ennuyer l'humanité et que vu le mal indescriptible qu'ils amènent journellement dans le monde, il ne faut pas trop longtemps attendre pour les éliminer de l'organisme « et les plonger dans de l'alcool dénaturé, parce qu'ils ne méritent pas d'alcool absolu ». Il faut donc intervenir. De plus, l'intervention devra s'adresser à la fois aux deux foyers de l'infection. Quelle que soit la prédominance plus ou moins marquée des symptômes au niveau de l'un des deux organes, c'est là une loi qui ne souffre pas d'exception, ainsi que le réclame impérieusement la considération des exemples suivants :

Observation VII. — Appendicectomie seulement. Les souffrances continuent, nouvelles crises dès la convalescence. Cholécystectomie. — Guérison.

Observation XVII. — Un accident de chloroforme oblige Kehr à ne pas intervenir sur la vésicule. Appendicectomie seulement. Persistance des douleurs.

Observation XVIII. — La vésicule n'étant pas adhérente, on se contente d'une appendicectomie. Violentes coliques hépatiques dans la suite, dont la répétition nécessite une cholécystostomie. Guérison.

Observation XXII. — Cholécystostomie seulement. Deux mois plus tard réapparition des douleurs. Appendicectomie. Guérison.

Observation XXIII. — Incision d'un abcès pérityphlique avec cholécystostomie. On n'enlève pas l'appendice. La suppuration ne se tarit pas. Mort de pneumonie. A l'autopsie, appendice adhérent au cæcum avec deux petites perforations.

Observation XXVIII. — Cholécystectomie seulement. Le malade meurt le lendemain de péritonite. On reconnaît une appendicite à l'autopsie.

Observation XXIX. — Cholécystostomie et ablation des calculs. Vingt et un mois après et alors que les douleurs persistaient, apparition d'un gros abcès péricæcal. Incision de cet abcès. Guérison.

Observation XL. — Appendicectomie motivée par trois atteintes de pérityphlite. Huit jours après réapparition de douleurs au niveau de la vésicule. Deuxième laparotomie. Extirpation d'une vésicule enflammée. Guérison.

Observation XLV. — Cholécystostomie. Le malade n'est pas soulagé, il devient ictérique. Cholécystectomie et appendicectomie. — Guérison.

Observation L. — En janvier, appendicectomie. Devant la persistance des crises douloureuses, on pratique en mai une cholécystostomie, puis une cholécysto-gastro-anastomose. Guérison.

Observation LI. — Malade opérée en 1907 pour une appendicite. Les douleurs abdominales réapparaissent. Elle rentre à l'hôpital pour s'y faire réopérer d'une cholécystite calculeuse. Cholécystectomie. — Guérison.

M. Cotte rapporte, en outre, dans sa thèse, les deux cas suivants :

Un malade de Von Rehn, huit jours après avoir subi une résection de l'appendice, ressentit des douleurs dans la région de la vésicule biliaire et, deux mois après, on fut obligé de lui faire une cholécystectomie. Guérison.

Dans un cas de Körte, il y avait une cholécystite avec péricholécystite et abcès sous-phrénique. Incision de

l'abcès et drainage de la vésicule. Malgré cela, le malade meurt et à l'autopsie on reconnaît, en outre, l'existence d'une appendicite avec phlegmon rétro-péritonéal.

Ces faits se passent de commentaires. Tout en admettant les idées de MM. Tripier et Paviot, on ne peut plus croire, après cela, qu'une opération qui ne s'adresse qu'à la vésicule suffise à amener la guérison. L'appendice, une fois infecté, peut continuer à présenter des accidents inflammatoires et pour y mettre fin, il est nécessaire de faire une intervention au niveau des deux foyers.

TECHNIQUE CHIRURGICALE. — L'incision de choix devra être intermédiaire aux deux régions appendiculaire et vésiculaire. C'est l'incision de Jalaguier. Souvent préconisée pour le traitement de l'appendicite, elle permet, une fois plongée en haut, toujours sur le bord du droit, d'arriver sur la vésicule et, à ce niveau, elle est appropriée à toutes les interventions que l'on peut pratiquer sur cet organe dans les cas de cholécystite.

Elle a été adoptée par MM. Delore, Bérard et Tixier dans les observations que nous rapportons.

Au point de vue opératoire, la technique employée sera évidemment en rapport avec les conditions dans lesquelles on se trouve. S'il s'agit de malades en pleine poussée aiguë, il faut, après appendicectomie, se contenter d'ouvrir la vésicule. Dans ces conditions, la cholécystectomie, ainsi que le dit M. Cotte, est beaucoup plus grave et il semble préférable de la faire dans un temps secondaire.

Toutefois, s'il y a gangrène ou perforation de la vésicule, le seul traitement est l'ablation des deux organes.

Lorsqu'il s'agit de cholécystite et d'appendicite chro-

nique, et ce sont heureusement les cas de beaucoup les plus fréquents, il est le plus souvent possible par une opération bien réglée de faire l'ablation simultanée de l'appendice et de la vésicule. Dans un premier temps de l'intervention, le chirurgien réséquera l'appendice, puis remontant, il s'attaquera aux lésions vésiculaires qu'il traitera par l'ectomie. Seules, des difficultés opératoires trop grandes, ou le mauvais état général du malade, pourraient contre indiquer la résection de la vésicule. Dans tous les cas où cela est possible, on enlèvera la vésicule suivant la méthode sous séreuse.

RÉSULTATS. — Nous extrayons des nombreux documents que Cotte rapporte dans la quatrième partie de sa thèse, où se trouvent représentées les principales statistiques de chirurgie biliaire parues dans ces dix dernières années, les résultats suivants obtenus par Körte, Kummel, Kehr et Czerny, dans le traitement opératoire de 19 cas de cholécysto-appendicite et qu'il nous a paru intéressant de signaler.

I. — **Statistique de Körte.** - Beitrage zur chirurgie der Gallenwege und der Leber, 1905.

Cholécystite et appendicite, 7 cas, 2 morts.

Dans deux cas, Körte fit une appendicectomie et une cholécystostomie. Guérison. Dans le second il y eut une phlébite de la jambe gauche le dix septième jour, ayant donné lieu deux fois à des infarctus pulmonaires.

Dans les cinq autres cas, où il y avait coexistence de cholécystite suppurée et d'appendicite, on fit : une fois une cholécystostomie simple. Le malade avait un phlegmon rétropéritonéal et un abcès sous phénique qui reconnaissaient pour cause une appendicite.

Une fois une cholécystostomie avec appendicectomie. Mort après deux mois de suppuration.

Trois fois, une cholécystectomie et une appendicectomie, un malade mourut de pneumonie, les deux autres guérèrent.

II. — **Statistique de Kümmel** (Hambourg). - Goldammer
Beitrag Z. Klin, Chirurgie, 1907.

Cholécystite et appendicite, 3 cas.

Deux fois appendicectomie et cholécystectomie, guérison.

Une fois appendicectomie et cholécystostomie. Guérison avec fistule persistante.

III. — **Statistique de Kehr.** - (Drei Jahre der Gallenstein
chirurgie, Munich 1908),

Cholécystite et appendicite, 12 cas, 1 mort.

Le traitement employé, a dépendu de l'état des lésions, de la difficulté qu'il y avait de fixer la vésicule ou à l'enlever. Au total ces interventions peuvent se grouper de la façon suivante :

Appendicectomie et cholécystostomie, 1 cas, 1 guérison. A noter l'expulsion secondaire de nombreux calculs par le lavage.

Appendicectomie et drainage de la vésicule à la Poppert, 1 cas. Hématémèses post opératoires. Collapsus. Guérison.

Appendicectomie et cholécystectomie, 5 cas, 5 guérisons. Dans un cas, il y eut pendant huit jours, des crampes d'estomac violentes, qui cédèrent, lorsque le cystique oblitéré redevint perméable ; dans un autre cas phlébite de la jambe droite.

Appendicectomie, cholécystectomie, cysticotomie et cholédocotomie avec suture, 1 cas, 1 guérison.

Appendicectomie, cholécystectomie, cysticectomie, 2 cas, 2 guérisons.

Appendicectomie, cholécystectomie avec drainage de l'hépatique, 2 cas, 1 guérison, un malade mourut d'hématémèses le troisième jour, pas de réaction péritonéale.

IV. — Statistique de la Clinique d'Heidelberg. (Beitrag)

Z. Klin, Chir., 1903, 1906, 1907.

Cholécysto-appendicite, 6 cas.

Appendicectomie et cholécystostomie, 5 cas, 5 guérisons.

Appendicectomie, cholécystostomie et gastroentervanostomose, un cas, une guérison.

Nous avons complété cette statistique pour les années 1907 et 1908, nous avons trouvé :

Appendicectomie et cholécystectomie (Narath), 1 cas, 1 guérison.

CHAPITRE IX

Observations

I

Observations résumées

recueillies dans Dieulafoy, A. Becker et Lévy.

OBSERVATION I. — Quénu (in Dieulafoy)

Une malade soignée pour des coliques hépatiques avait fait des saisons à Vichy. Appelée près d'elle au mois de décembre, au moment d'une crise d'appendicite, nous constatons nettement l'existence d'un empatement iliaque. Nous nous demandons même à ce moment si la désignation antérieure de coliques hépatiques est bien exacte. La laparotomie montra la réalité de la double lésion appendiculaire et vésiculaire. Appendicectomie et cholécystostomie. La vésicule, rouge, congestionnée, avec adhérences, contenait 5 gros calculs. Suites opératoires des plus simples. — Guérison 25 jours après.

OBSERVATION II. — Laplace (in Lévy)

Un jeune italien de 25 ans, cultivateur, convalescent de fièvre typhoïde, éprouve brusquement des douleurs sourdes au niveau de la région sous-hépatique, avec ictère mais sans élévation de tempéra-

ture. Dans la fosse iliaque droite, il y a un empâtement diffus. Constipation. Le diagnostic porté fut celui de cholécystite. Laparotomie. Cholécystostomie. La vésicule était excessivement distendue par une grande quantité de pus. En outre, on avait promis au malade, qui se croyait atteint d'appendicite, d'explorer cet organe. Découverte, à la surprise générale, d'un appendice gangrené, baignant dans le pus. Appendicectomie et drainage. La péritonite eût été fatale sans l'intervention. Cholécystite et appendicite furent ainsi guéries du même coup.

OBSERVATION III. — Dieulafoy

Femme 78 ans, syndrome cholélithiasique suivi du syndrome appendiculaire à deux jours d'intervalle. On porta d'abord le diagnostic de cholécystite, puis on opéra avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Avant l'anesthésie, l'intensité de la douleur et l'étendue de la défense musculaire n'avaient pas permis de préciser certains détails ; mais aussitôt la malade endormie et la paroi abdominale relâchée, on perçoit d'une part un empâtement au niveau de l'appendice et d'autre part une tumeur dans la région de la vésicule biliaire. En conséquence, on a soin de faire remonter un peu haut l'incision iliaque et on constate qu'il existe en réalité deux lésions : appendicite et cholécystite. Une trainée d'exsudats agglutinaient entre eux la vésicule, le colon, le cæcum et l'appendice.

La vésicule était abaissée et formait une tumeur violacée et étendue ; elle contenait un liquide louche et bilieux, ainsi que bon nombre de calculs. La cholécystostomie fut pratiquée. L'appendice, à type remontant, était adhérent, volumineux et turgescant. On en fit l'ablation ; il ne contenait pas de calcul stercoral. L'opération fut suivie d'une détente complète et les suites opératoires furent des plus simples, pas de fièvre, pas de vomissements. Les jours suivants, la fistule biliaire donna issue à de la bile et à deux calculs. Deux mois plus tard, guérison totale.

OBSERVATION IV. — Dieulafoy.

Homme 60 ans. La cholécystite se déclare d'abord, puis l'appendicite à deux jours d'intervalle. Opération d'urgence à 10 heures du soir, la température était de 40° 4. On s'occupa d'abord de l'appendice ; à l'ouverture du péritoiné, on trouva une certaine quantité de sérosité trouble, librement répandue dans la séreuse de la région, ce qui était déjà un indice d'appendicite ; une plus grande quantité de liquide avait fusé dans le petit bassin d'où elle fut retirée plus tard.

L'appendice, recouvert d'arborisations inflammatoires, remontait derrière le cœcum. On l'excise. Lésions grossières d'appendicite ulcéreuse. Au-dessous d'un bouchon de matières fécaloïdes, étaient deux grandes ulcérations, l'une allongée, l'autre ovulaire. Au niveau de ces ulcérations, les tissus étaient tellement détruits qu'on voyait le jour par transparence ; la paroi semblait réduite à un mince feuillet. En d'autres points, la muqueuse était tomenteuse ; ailleurs existait un piqueté hémorragique ; après l'opération de l'appendicite on s'occupe de la vésicule biliaire qui est profondément située et distendue, ses parois sont rouges et épaisses. Cholécystostomie. L'incision donne issue à un liquide jaunâtre, puis à du pus crémeux et enfin à du pus teinté ; il n'y a pas de calcul biliaire. Les résultats de l'opération furent remarquables : deux heures après l'opération, la température était tombée à 37°, la nuit était bonne ; le lendemain matin température 36°,6.

OBSERVATION V. — Grant (in Dieulafoy).

Homme de 53 ans, qui aurait eu antérieurement des coliques hépatiques. Une nuit, éclatent soudain des douleurs violentes localisées dans la région de la vésicule biliaire. Grant diagnostique une cholécystite et prescrit la morphine et l'atropine qui procurent quelque soulagement. Deux heures plus tard survient une nouvelle et terrible crise avec vomissements. On diagnostique une rupture de la

vésicule. A ces symptômes s'ajoute le lendemain matin une douleur intense dans la région de l'appendice. M. L. Freeman, appelé en consultation, admet la cholécystite, mais il pense que les accidents actuels dépendent d'une appendicite. L'opération est faite et on constate une appendicite et une cholécystite ayant abouti l'une et l'autre à la perforation. Le malade succombe 4 jours plus tard à sa péritonite généralisée.

OBSERVATION VI. — Becker.

Jeune fille 21 ans, souffrant depuis l'âge de 14 ans de crises très douloureuses à l'hypocondre droit, se répétant à peu près tous les trois mois, avec irradiation aux épaules, au dos et à la poitrine, sans qu'on eût constaté ni ictère, ni calculs biliaires, dans les selles. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital survinrent pendant plusieurs jours des douleurs très violentes à la région iléo-cœcale droite, la pression de la région appendiculaire était très douloureuse. On fait le diagnostic de cholélithiase et appendicite. Laparotomie. Vésicule adhérente rétractée avec calculs biliaires. Appendice aux parois épaissies avec sténose du canal à l'embouchure du cœcum. Cholécystostomie. Appendicectomie.

OBSERVATION VII. — Becker.

Homme 46 ans, qui avait eu depuis plusieurs années des coliques hépatiques avec ictère, mais on n'avait pas trouvé de calculs dans les selles. Plus tard on constata une tumeur très douloureuse à la région cœcale. Muller fit le diagnostic d'appendicite chronique et pratiqua l'opération, ne visant que l'appendicite. Il trouva en effet l'appendice entouré d'adhérences et dilaté en forme d'ampoule à son tiers inférieur. Mais malgré l'ablation de l'appendice, le malade continuait à se plaindre de douleurs violentes qui occupaient, comme autrefois, l'hypocondre droit. On constata sous le foie, à la région qui correspond à la vésicule biliaire, une tumeur piriforme et fort douloureuse.

On pratiqua alors une deuxième opération et l'on trouva une vésicule biliaire entourée d'adhérences et contenant plusieurs calculs. Cholécystectomie. — Guérison.

OBSERVATION VIII. — Becker.

Femme 25 ans, qui avait présenté des troubles digestifs vagues dans le mois précédent son entrée à l'hôpital. Dès le premier jour, association très nette des symptômes vésiculaires et appendiculaires, herpès labial des deux côtés. Opération. L'appendice et le cœcum étaient entourés de fausses membranes, l'appendice était épaissi et contenait un liquide muco-hémorragique. La vésicule biliaire était dilatée, très abaissée et entourée de membranes qui la faisaient adhérer au cœcum. Appendicectomie. Libération des adhérences vésiculaires. — Guérison.

OBSERVATION IX. — Becker.

Homme 25 ans. Antécédents : il y a 8 mois, douleurs rappelant l'appendicite ; à l'examen, dès le premier jour, association très nette des symptômes vésiculaires et appendiculaires. Opération : Appendicite avec adhérences, épaissement des parois et dilatation de l'appendice à sa pointe. Autour de la vésicule était une collection purulente et à l'entrée du cholédoque un calcul. Appendicectomie et cholécystostomie. — Guérison.

OBSERVATION X. — Becker.

Femme 30 ans. Antécédents : crises de coliques hépatiques suivies d'ictère. Association de symptômes vésiculaires et appendiculaires. Opération. La vésicule biliaire était entourée d'adhérences et dans le canal cystique était un gros calcul. L'appendice présentait au dessous de son embouchure dans le cœcum, un rétrécissement qui ne put être franchi avec la sonde la plus fine, et au-dessous de cette sténose le canal appendiculaire, dilaté, était rempli de liquide muco-purulent. Appendicectomie et cholécystostomie. — Guérison.

OBSERVATION XI. — Kehr (in Becker).

Femme 46 ans. Appendicite d'abord, cholécystite ensuite. Opération. Lésions de cholécysto-appendicite, 8 calculs dans la vésicule. Appendicectomie et cholécystostomie. — Guérison.

OBSERVATION XII. — Kehr (in Becker).

Homme 37 ans. L'affection se caractérise par des symptômes remarquablement indéterminés, si bien que Kehr croit à un iléus dû à une appendicite gangréneuse ou à une cholécystite. Appendicectomie et cholécystectomie. — Guérison.

OBSERVATION XIII. Kehr (in Becker)

Femme, 36 ans, souffrant de douleurs indéterminées dans la région de l'estomac. Kehr présuma et trouva une dilatation de l'estomac, due à une stenose duodénale, occasionnée par une cholécystite adhésive. De plus appendicite chronique. On extirpe les deux diverticules. Guérison.

OBSERVATIONS XIV, XV, XVI. Kehr (in Becker)

Ces trois cas de cholecysto appendicite ont débuté par des symptômes d'appendicite. Dans l'observation XIV, il s'agit d'un homme de 41 ans, dans l'observation XV d'une femme de 33 ans. Tous deux souffraient depuis leur adolescence de poussées inflammatoires de côté de l'appendice. Sur la fin vinrent des coliques hépatiques.

Observation XIV. — Cholélithiasie et appendicite, pancréatite chronique avec veil ulcère du duodenum. Cholécystentérostomie, gastroentérostomie, appendicectomie. Guérison.

Observation XV. — Cholecystite calculeuse chronique et appendicite. Cholécystectomie et appendicectomie. Guérison.

Observation XVI. — Femme de 17 ans qui a eu à 13 ans une appendicite. Symptômes vésiculaires et appendiculaires associés. Adhérences nombreuses entre la vésicule et l'appendice que l'on extirpe tous deux. Guérison.

OBSERVATION XVII. Kehr (in Becker)

Ouvrier de 55 ans. Adhérences très étendues de la vésicule biliaire et de l'appendice avec les organes environnants. Les douleurs étaient de nature indéterminée, et comme signes objectifs, on ne trouvait qu'une douleur plus marquée dans la région iléo-cæcale, et une douleur moins forte dans la région de la vésicule biliaire. Après l'extirpation de l'appendice, il survint un accident de chloroforme qui décida Kehr à ne pas intervenir sur la vésicule biliaire. Le malade eut de nouveau plus tard des douleurs qui partirent de la vésicule adhérente. « Si l'on avait éloigné la vésicule biliaire, on aurait probablement obtenu une guérison définitive. »

OBSERVATION XVIII. Kehr (in Becker)

Femme de 28 ans. Présentait d'après ses anamnestiques et son état actuel, le tableau de l'appendicite chronique. On fit la laparotomie et on trouva l'appendice épaissi et adhérent qu'on réséqua; il montrait une ancienne perforation guérie, sa cavité contenait du pus. La vésicule biliaire n'était pas adhérente, et dans son intérieur se trouvait un calcul de stéarine du volume d'une noisette (Cholecystendyse). Après cette opération, la malade eut plusieurs fois et à répétition de violentes coliques hépatiques, qui nécessitèrent une nouvelle opération (Cholecystostomie) d'où survint la guérison.

OBSERVATION XIX. Kehr (in Becker)

Femme de 42 ans. Depuis 18 ans, elle se plaint de douleurs abdominales indéterminées. Association pas très nette de symptômes vésiculaire et appendiculaire. On trouva l'appendice augmenté de volume,

chroniquement enflammé, épaissi et sténosé en deux endroits. La vésicule biliaire est également considérablement augmentée de volume et enflammée chroniquement ; elle contient un calcul. Les deux organes furent extirpés.

OBSERVATION XX. Riedel (in Becker)

Homme de 21 ans. Dans l'espace de 10 mois a eu 6 violents accès d'appendicite. Pendant le 7^e accès il eut de l'ictère, et il rendit deux petits fragments de calculs ; à part une douleur spontanée et une pression à droite de l'ombilic, l'examen ne révélait rien. Riedel posa le diagnostic d'appendicite ou de lithiasc biliaire, peut-être celui d'inflammation vésiculaire, compliquée d'inflammation appendiculaire. Il trouva des lésions de péricholecystite et d'appendicite chronique.

OBSERVATION XXI. Riedel (in Becker)

Homme de 34 ans présentant depuis 5 ans des crises douloureuses à symptômes alternativement vésiculaires et appendiculaires. A l'opération la vésicule biliaire était adhérente à l'épiploon, à l'estomac, au duodenum. Pas de calculs, appendice complètement oblitéré et soudé fortement sur toute son étendue à la face antérieure du cœcum. Appendicectomie. Libération des adhérences vésiculaires. Guérison.

OBSERVATION XXII. Riedel (in Becker)

Femme de 50 ans. A souffert pendant 17 ans de coliques avec vomissements; ces coliques furent prises, tantôt pour des calculs biliaires, tantôt pour un rein mobile, tantôt pour un foie mobile, tantôt pour une tumeur, tantôt pour une douleur nerveuse ; puis elle éprouva de nouveau une forte douleur dans le côté droit du bassin ; l'examen ne révéla rien, mais à l'opération Riedel trouva

une grosse vésicule biliaire adhérente à l'épiploon et à l'intestin, contenant du pus et un gros calcul. (Cholecystostomie).

Comme la situation était devenue critique par l'écoulement du pus, Riedel renonça à l'exploration de la région inférieure du ventre; ce n'est que deux mois plus tard, quand les anciennes douleurs eurent fait leur apparition, qu'il enleva l'appendice; il était complètement soudé au cæcum et la pointe était épaissie en forme de massue. Cet appendice était fortement ratatiné, ses parois étaient épaissies et sa cavité contenait un peu de sécrétion catarrhale. La malade fut débarrassée de ses douleurs.

OBSERVATION XXIII. Riedel (in Becker)

Femme âgée de 54 ans. A eu 3 violents accès d'appendicite. Il y a eu 2 fois chez elle, pénétration spontanée dans le vagin d'un exsudat pérityphlique purulent.

Riedel l'opéra pour un nouvel abcès pérityphlique volumineux. Deux mois après, nouvelle atteinte de colique; il enleva alors dans une deuxième opération un gros calcul fortement enclavé dans le cystique. Un mois plus tard, la malade, qui avait l'air misérable, mourut d'une pneumonie. A l'autopsie on trouva l'appendice soudé avec le cæcum. Au point d'union se trouvaient deux perforations entre le cæcum et l'appendice, qui avaient le diamètre d'un pois.

OBSERVATION XXIV. Riedel (in Becker)

Femme âgée de 34 ans. Les plaintes de la malade sont de nature indéterminée. A l'examen: sensation douloureuse du bord inférieur du foie, ainsi que de la fosse iliaque droite, dans laquelle on sent une tumeur de forme allongée et mobile. Le diagnostic posé était: lithiasé biliaire et appendicite, mais on n'affirma pas ce diagnostic d'une façon certaine. On trouva un calcul dans le cystique que l'on éloigna. L'appendice était soudé à l'iléon, il était coudé et on l'enleva également. Guérison.

OBSERVATION XXV. Riedel (in Becker)

Homme 47 ans, qui depuis 10 ans souffre de douleurs, qui sont survenues petit à petit dans la région de l'estomac; ces douleurs sont accompagnées de vomissements excessifs. A la laparotomie on trouve des adhérences étendues entre la paroi antérieure du ventre, le foie l'épiploon, la vésicule biliaire et le côlon transverse; le côlon ascendant et le cæcum étaient fortement tassés l'un sur l'autre, et soudés à la paroi antérieure du ventre. On ne réussit pas à extirper l'appendice, qui était enclavé dans de solides adhérences. On ne fit que libérer ces adhérences, on fixa la vésicule biliaire à la paroi abdominale et on l'ouvrit. Elle ne contenait aucun calcul.

OBSERVATION XXVI. Riedel (in Becker)

Femme qui, depuis 10 ans, souffre de douleurs alternativement vésiculaires et appendiculaires, et qui il y a 20 ans a subi une grave poussée d'appendicite. La laparotomie montra des calculs dans la vésicule biliaire; l'appendice était situé derrière le cæcum, y était adhérent et plongé à son extrémité dans des masses graisseuses.

L'examen microscopique révéla une appendicite granuleuse hémorragique. Guérison.

OBSERVATION XXVII. Clinique Czerny (in Becker)

Homme de 32 ans. Fut atteint il y a 3 ans d'une appendicite. Depuis 3 ans il souffre d'une cholecysto-appendicite, forme à symptômes alternativement vésiculaires et appendiculaires. A l'opération on trouva l'appendice fortement tirailé en longueur, et son extrémité était intimement soudée à la vésicule biliaire. Celle-ci était ratatinée et contenait du mortier de cholestérine. Deux calculs dans le cholédoque. Cholécotomie et appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXVIII. Clinique Czerny (in Becker)

Homme de 63 ans. Fut atteint il y a 17 ans d'abord d'une appendicite. Il eut ensuite plusieurs récidives à répétition. Il y a 4 ans, première atteinte de colique hépatique. Depuis cette époque les accès se renouvelèrent très fréquemment; dans les derniers temps tous les huit jours. A l'examen on trouve de l'ictère et du météorisme.

Dans la région iléo-cæcale il y avait à la pression une sensibilité circonscrite; de même dans la région de la vésicule biliaire.

On avait posé le diagnostic de cholélithiase, de cholécystite chronique et de péricholécystite.

A l'opération on trouva à côté de nombreuses adhérences de la vésicule biliaire avec le côlon transverse, un calcul du volume d'une noisette dans le cholédoque. On l'extirpa. Le malade mourut le jour suivant de péritonite; l'autopsie démontra une oblitération totale de l'appendice vermiforme.

OBSERVATION XXIX. Clinique Czerny (in Becker)

Homme de 46 ans. Depuis 1 an 1/2 il souffrait environ toutes les deux ou trois semaines, d'attaques douloureuses qui se répétaient souvent dans la région de l'estomac, et qui s'accompagnaient de météorisme exagéré, de fièvre élevée, et souvent de vomissements qui duraient des journées entières. La résistance que l'on sentait dans la région de la vésicule biliaire, faisait supposer qu'il y avait là une tumeur (carcinome) de cette vésicule avec de la cholélithiase.

La vésicule biliaire adhérente au péritoine pariétal et un côlon transverse contenait deux calculs; le cystique en contenait un. Le malade ne se sentit pas dans la possibilité de reprendre son travail après l'opération. Il se plaignait d'une fatigue légère, de douleurs tiraillantes dans la cicatrice et de pesanteur d'estomac. Après 21 mois il fut opéré une deuxième fois pour un gros abcès pérityphlique couleur jus de fumier; il y avait 5 jours qu'il était de nouveau souffrant, avec fièvre, vomissements et violente douleur dans la région hypogastrique. On n'incise que l'abcès, l'appendice n'a pas été enlevé.

OBSERVATION XXX. Clinique Czerny (in Becker)

Femme de 38 ans. A souffert pendant 15 mois, et à répétition de crampes d'estomac et d'accès douloureux dans le côté droit du ventre (pérityphlite). Dans la région de la vésicale biliaire on sentait une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie ; dans la région iléo caecale on percevait un cordon qui filait vers le petit bassin. Le diagnostic était donc : cholélithiasie et pérityphlite chronique. On trouva une cholécystite calculeuse avec adhérences et une appendicite perforée.

OBSERVATIONS XXXI - XXXII - XXXIII. Kümmler (in Becker)

Kümmler signale trois observations sans aucun commentaire, dans lesquelles il a observé l'apparition concomitante de l'appendicite et de la cholélithiasie.

OBSERVATION XXXIV. Rolter (in Becker)

Il y a d'abord eu deux accès de pérityphlite : à un troisième accès les douleurs se localisèrent dans la région du foie. Au moment des deux premiers accès, les douleurs s'étaient cantonnées plus particulièrement sur la région de l'appendice.

Puis les accès augmentèrent d'intensité et de fréquence.

Rolter opéra et trouva la vésicule biliaire et l'appendice malades, comme il l'avait supposé. Il y avait trois calculs de la grosseur d'une noisette dans le canal cystique, l'appendice contenait des calculs stercoraux et présentait les signes d'un catarrhe chronique. Guérison.

OBSERVATION XXXV. — Rolter (in Becker).

Après trois accès de pérityphlite, se déclarèrent brusquement de violentes douleurs dans la région de la vésicule biliaire. Il trouva un appendice malade, contenant quatre calculs stercoraux ; il y avait du

catarrhe chronique. Les explorations sur la vésicule biliaire restèrent douteuses. Elle ne contenait pas de calculs.

Plus tard, la malade eut de nouveau de violents accès douloureux, avec vomissements et fièvre, qui furent attribués à la simulation.

OBSERVATION XXXVI. — Sonnenburg (in Becker).

Sonnenburg opéra une malade dont l'affection avait débuté par une douleur dans la région iléo-cæcale et chez laquelle il soupçonna un exsudat appendiculaire. Mais la résistance trouvée à la palpation était en grande partie due à la vésicule qui était développée d'une façon insolite ; la vésicule atteignait le cæcum et avait un contenu tout à fait clair et muqueux. L'appendice lui même était rouge, enflammé d'une longueur d'environ 12 centimètres et de l'épaisseur du doigt. Coudé au milieu, il entourait environ les deux tiers du cæcum auquel il était fortement adhérent ; au-delà de la coudure, il contenait plusieurs calculs stercoraux.

OBSERVATION XXXVII. — Sonnenburg (in Becker)

Femme âgée de 50 ans. A eu autrefois plusieurs atteintes de périté-
phlite. A présenté brusquement les symptômes d'un iléus avec résis-
tance dans la région iléo-cæcale.

A l'opération, on trouve un appendice assez adhérent et chronique-
ment enflammé, mais aucune trace de nouvelle inflammation. Mais
l'état de cet appendice ne suffisait pas pour expliquer la maladie. On
trouve aussi un énorme calcul qui était enclavé dans l'intestin grêle
et qu'on dut extraire par incision. La malade mourut quelques
jours plus tard à la suite d'une gangrène de l'anse intestinale.

A l'autopsie, on trouva encore plusieurs calculs dans le duodénum
et dans la vésicule biliaire.

OBSERVATIONS XXXVIII et XL. — Brandt (in Becker)

Brandt publie sans commentaires deux cas où la cholélithiase est
associée à l'appendicite et qu'il a opérés.

OBSERVATION XL. — Von Beck (in Becker).

Homme de 23 ans. Avait eu précédemment deux atteintes de péri-typhlite, puis une troisième atteinte. On trouva l'appendice fortement coudé en son milieu, la pointe adhérente à l'iléon et entourée de nombreuses adhérences. On l'extirpa.

Huit jours après l'opération, alors que les suites opératoires se présentaient sans réaction, le malade eut une douleur dans la région de la vésicule biliaire. Des anamnétiques plus précis apprirent que le malade avait déjà eu dans les trois dernières années des accès répétés de coliques hépatiques. Au bout de quelque temps on entreprit une deuxième laparotomie et on trouva la vésicule biliaire adhérente de différents côtés à l'épiploon et au côlon; on la réséqua. La malade n'eut plus de douleurs.

OBSERVATION XLI. — Lindner (in Becker).

Homme de 56 ans, qui, par des efforts qu'il fit en mettant son bas, fit éclater sa vésicule biliaire amincie par l'inflammation. Il vida deux calculs biliaires dans un exsudat péri-typhlique pré-existant.

OBSERVATION XLII. — Sandler (in Becker).

Femme de 42 ans, atteinte de lithias biliaire, d'appendicite et de kyste de l'ovaire. Sandler lui enleva en une séance l'appendice, les calculs et l'ovaire. Guérison.

OBSERVATION XLIII. — G. Michel et Bichat (in Lévy)

Femme, 40 ans, fièvre typhoïde il y a 4 ans. Elle a éprouvé depuis 3 mois à différentes reprises de crises abdominales généralisées du côté droit. On l'opère pour une appendicite aiguë à forme toxique,

mais après résection d'un appendice enflammé on explore l'hypochondre droit à cause d'une douleur accusée à ce niveau par la malade et du subictère qu'elle présentait. On y découvre la présence d'une tuméfaction assez volumineuse qu'on n'avait pu reconnaître avant l'anesthésie. Prolongation vers les côtés de l'incision primitive de Roux. On tombe sur une cholécystite suppurée. Cholécystostomie. Guérison rapide.

II

Observations récentes

de MM. Kerr, Weber, Martel, Gayet, Tixier, Bérard
et de la Clinique de M. le Professeur Poncet.

OBSERVATION XLIV.

Kehr, Drei Jahre, Gallensteinchirurgie, München 1908
N° 104. S. 163.

Cholecysto-appendicite. — Intervention incomplète. — Les douleurs persistent. — Cholecystectomy et appendicectomy. — Guérison.

R. H. 54 ans, conseiller de gouvernement à Rosenheim. Entre à la clinique le 22 janvier 1905. A souffert à 24 ans de douleurs abdominales indéterminées. Il y a 8 ans, grave atteinte d'influenza avec suppuration de l'oreille moyenne droite. Au moment de cet influenza reprise des douleurs abdominales, forte constipation, ictère, sensation de tiraillement, de pesanteur dans tout le ventre. En 1901 ces douleurs devinrent persistantes. Un chirurgien de Munich pratique une cholecystostomie et trouve deux calculs biliaires sur le point de pénétrer dans le gros intestin. Pas d'amélioration dans la suite. Le malade souffre toujours, il présente une teinte subictérique, est

atteint d'une entéro-colite muco-membraneuse. Il tente en vain du traitement médical et vient demander à se faire opérer de nouveau. Diagnostic : Péricholécystite et périappendicite. Opération : Incision courbe, cirrhose du foie probable. Vésicule très adhérente au duodénum, gros estomac sans sténose pylorique, appendice volumineux, épaissi, perforé en son milieu. Appendicectomie et cholécystectomie. Grande amélioration consécutive.

OBSERVATION XLV

Kehr. — Drei Jahre Gallensteinchirurgie München, 1908, n° 120.

*Hydropisie intermittente de la vésicule et appendicite. — Hépatopexie.
— Cholécystectomie et appendicectomie. — Guérison.*

M. R..., 51 ans, présente depuis cinq ans des digestions pénibles avec constipation. Il y a trois ans ont apparu des douleurs dans la région du foie et de l'estomac, sans vomissements; ces crises douloureuses se répètent plusieurs fois par mois. En avril 1906, l'état général devient mauvais, faiblesse, amaigrissement, bradycardie et même arythmie. La malade éprouve pendant quinze jours des douleurs calculeuses à la vésicule d'une durée d'une demi-heure. Elle entre le 27 novembre 1906 à la clinique pour se faire opérer. A l'examen, foie légèrement hypertrophié, tuméfaction de la vésicule grosse comme un petit poing, arrondie, sensible à la pression. La région caecale est également douloureuse. Pas d'ictère, selles colorées, pas de pigments biliaires dans les urines. On diagnostique une hydropisie de la vésicule, péricholécystite et périappendicite. Au moment de l'opération on constate que la tuméfaction de la vésicule n'est plus palpable, le liquide qui la distendait s'étant évidemment écoulé. A l'ouverture de la cavité abdominale, le foie est abaissé et mou, la vésicule un peu grosse, flasque et affaissée, adhérences avec l'estomac. Cholécystectomie. L'appendice est bridé par des adhérences. Appendicectomie. On termine l'opération par une hépatopexie à l'aide de deux sutures métalliques. La vésicule biliaire aux parois épaissies ne contenait qu'une petite quantité de liquide séreux, l'appendice était le siège d'une inflammation chronique. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XLVI

Kehr. — Drei Jahre Gallensteinchirurgie München, 1908, n° 263.

Cholécysto-appendicite. — Cholécystostomie. — Appendicectomie. — Mort.

C. de K..., fonctionnaire, à Kiew, 44 ans. Début de l'affection il y a huit ans par un ictère qui dura quinze jours et ne s'accompagna d'aucune douleur. Le malade dut dans la suite faire une cure à Carlsbad ; à deux reprises, il y a un an, il souffrit violemment dans la région du foie. Il lui resta une douleur modérée, persistante au niveau de la vésicule, et plus bas aussi vers le cæcum. A diverses reprises, crises de coliques abdominales. Un médecin diagnostique la présence dans la vésicule d'un calcul de la grosseur d'une prune. Il y a trois mois, apparition d'un ictère intense, constipation, urines foncées, selles décolorées. L'état général devient inquiétant. A son entrée à la clinique, le malade est très faible, teint ictérique. Au niveau de l'appendice, point sensible à la pression, tuméfaction étendue à toute la région vésiculaire. On diagnostique : Appendicite chronique et lithiase du cholédoque (?). A l'opération, grosse vésicule, sans calcul, foie nettement cirrhotique, l'appendice est perforé. Appendicectomie et cholécystostomie. L'état du malade était trop précaire pour que l'intervention puisse avoir une influence salutaire sur la marche de l'affection. Le malade mourut au bout de quatre jours après avoir présenté tous les symptômes de l'intoxication dans l'ictère grave.

OBSERVATION XLVII.

Weber. — Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1910, page 924.

Cholécysto appendicite. — Intervention sur la vésicule et sur l'appendice. — Guérison.

V. B..., homme de 32 ans, souffre depuis l'âge de 18 ans, d'une façon intermittente de douleurs abdominales, tantôt au niveau du foie, tantôt dans la fosse iliaque.

A la fin de 1908, il entre à l'hôpital où l'on fait chez lui le diagnostic de lithiasé biliaire. On opère le 28 janvier 1909. La vésicule biliaire renfermait environ 40 calculs et l'appendice offrait des vestiges d'inflammation chronique. Cholécystectomie et appendicectomie.

OBSERVATION XLVIII

* Weber. — Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1910, page 924.

Cholécysto-appendicite. -- Intervention sur la vésicule et sur l'appendice. — Guérison.

C. H..., jeune fille, 26 ans, présentant depuis l'âge de 12 ans des crises d'appendicite chronique, auxquelles se joignirent à partir de la seizième année, des symptômes de lithiasé biliaire. Opération le 28 octobre 1909. Cholécystectomie et appendicectomie. Calculs dans la vésicule et adhérences vésiculaires. Appendice de 8 centimètres volumineux renfermant trois calculs stercoraux et présentant au point d'attache du méso une petite cicatrice blanchâtre, brillante, étoilée, comme une cicatrice d'un abcès antérieur. Guérison.

OBSERVATION XLIX

Weber. — Mitteilungen ans den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 1910, page 924.

Cholécysto-appendicite. — Intervention sur la vésicule et sur l'appendice. — Guérison.

K. N..., femme, 35 ans, ayant souffert de troubles digestifs divers et de douleurs dans la région iléo cœcale depuis son adolescence. Opérée le 29 octobre 1909 pour lithiasé biliaire. On trouve une vésicule modérément grosse, avec deux gros calculs et lésions de péri-cholécystite. L'appendice est en outre le siège d'une inflammation chronique. On pratique la double ablation de la vésicule et de l'appendice. Guérison.

OBSERVATION L

Service de M. le Dr Martel (extrait de la *Loire Médicale* du 15 juillet 1909)

Cholécysto-appendicite. — Intervention incomplète, appendicectomie. — Les douleurs persistent. — Cholécystostomie et cholécysto-gastro-anastomose. — Guérison.

Femme, pas d'âge. Troubles gastriques depuis huit ou neuf ans. Jamais de crise aiguë d'appendicite. Après le repas, la malade est ballonnée, a des coliques avec des mouvements péristaltiques intenses, puis tout cesse brusquement avec un bruit hydro-aérique et la malade se sent soulagée. A l'examen, douleur dans la fosse iliaque droite datant de plusieurs années. La palpation permet de sentir à ce niveau une masse indurée et mobile et provoque un gargouillement caecal.

13 janvier 1908. — Intervention: L'incision de Jalaguier conduit sur la fosse iliaque pleine d'adhérences péricæcales et péricolites. Le cæcum en position ascendante est coudé sur le côlon et maintenu là par des brides.

Section des brides: L'appendice rétro-cæcal est plié en deux à sa partie moyenne et sa pointe atrésiée, cicatricielle, est perdue au milieu d'adhérences. La moitié, adhérente au cæcum encore perméable, contient une boulette stercorale. Appendicectomie.

Deux mois après, la malade est revue avec syndrome aigu, douleur dans la fosse iliaque droite, température un peu élevée.

20 mai 1908. — Elle rentre au service du Dr Martel; pas de température; la malade ne se sent pas améliorée par l'appendicectomie et souffre au niveau de la vésicule. M. Martel pense à une cholécystite avec lithiase.

25 mai 1908. — Intervention: Cholécystostomie, suivie d'un curetage de la vésicule, la région sous-jacente de l'appendicectomie est tapissée d'adhérences épiploïques qu'il faut renoncer à décoller. Issue de plusieurs calculs.

La fistule biliaire laisse échapper une grande quantité de bile. Malgré le vin de Boldo, la cure alimentaire de Jaboulay, etc., il est impossible de voir la fistule se tarir.

La malade, toujours constamment souillée par la bile, revient le 15 avril 1909 et demande une intervention pour la guérir de sa fistule. L'état général s'est amélioré, il n'y a plus de crises, mais l'écoulement devient insupportable et douloureux par l'irritation cutanée qu'il entretient.

29 avril 1909. — Anastomose de la vésicule dans l'estomac. La vésicule épaissie est très voisine du pylore et l'abouchement gastrique semble s'indiquer de lui-même ; pose d'un petit bouton de Jaboulay. La fistule biliaire n'est pas touchée.

10 mai 1909. — Suites simples ; pas de troubles digestifs, la fistule biliaire est réduite à un petit orifice qui laisse écouler quelques gouttes de liquide muqueux un peu teinté de bile.

OBSERVATION LI

Service de M. le Dr Gayet (extrait du *Lyon Médical* du 4 juillet 1909).

Choléecystite calculuse ancienne. — Appendicite. — Cholécystectomie avec drainage de l'hépatique. — Guérison.

Fille de 51 ans, qui fut prise en 1900 de ce qu'elle appelle alternativement des douleurs intercostales droites et gauches et des coliques hépatiques. Ces crises se répétèrent tous les deux ou trois jours pendant trois mois. Jamais d'ictère ni de vomissements, pas d'examen médical.

En 1903, phénomènes de gastrite vague, sans vomissements et poussées d'hémorroïdes douloureuses dont un bourrelet fut réséqué par M. Villard.

En 1907, enfin, deux mois avant son entrée à l'hôpital, ce qu'elle appelle du rhumatisme violent dans le bras et l'épaule droite fut si bien localisé, qu'un médecin porta le diagnostic d'arthrite, et fit des pointes de feu ; un autre, de névrite, et l'électrisa longuement. Cette douleur se prolongea, mais elle entra à l'hôpital dans le service de M. Bérard, parce qu'elle avait été prise inopinément d'une douleur abdominale droite intense, qui, après un jour d'accalmie récidiva, la fit vomir et la mit au lit. Elle avait entre 37° et 38°, on ne trouvait rien au toucher rectal, on avait de la douleur dans l'ab-

domen droit exquise au point de Mac Burney, une symptomatologie d'appendicite, sans cependant défense de la paroi, ni hypéresthésie cutanée. On laissa refroidir un mois la lésion, et un mois après on enleva son appendice qui, macroscopiquement, n'était que congestionné et épaissi.

Examen histologique. — Cet appendice présente des signes d'inflammation ancienne et des signes d'inflammation persistante.

Ces derniers sont particulièrement marqués dans la muqueuse, dont les éléments sont séparés par une infiltration énorme de petites cellules confluentes. Les amas lymphoïdes sont hyperplasiés, leurs contours sont confondus avec l'infiltration inflammatoire ambiante. Dans les couches sous-muqueuses, musculaires et sous-séreuses, il existe des lésions assez marquées. (Bériel).

Notons que le côlon transverse était prolabé, congestionné. La malade partit guérie vingt jours plus tard.

Elle revint à la Croix-Rousse en décembre 1908, parce que depuis un mois elle avait des crises douloureuses abdominales intenses durant huit à dix heures, cessant, puis reprenant, lui faisant vomir tous ses ingesta. Sa température atteignait par clochers jusqu'à 39° (vu par un médecin), et depuis quelques jours, elle a du subictère et maigrit beaucoup.

A son entrée, les douleurs sont très effacées, la langue est bonne, elle ne vomit plus, elle est amaigrie, elle a 40° le jour de son entrée, le lendemain 37°; à noter la sialorrhée intense.

A l'examen : ictère, points cystiques et épigastriques douloureux. Le foie n'est pas gros, la vésicule pas perçue. Les urines foncées et uratiques. Rien à noter aux autres organes. Le diagnostic s'impose de cholécystite calculieuse.

Le 16 décembre, intervention.

Incision de Kehr. On tombe sur une vésicule petite, rétractée, mais assez libre d'adhérences. On essaye de l'enlever par la méthode dite sous-séreuse. On y renonce et on l'extirpe après avoir pincé le cystique. On lie l'artère, on explore au stylet, on ne trouve rien, et l'on place un drain (sonde n° 16) qu'on pousse jusque dans l'hépatique où un point au catgut le fixe. On tamponne tout autour et on ferme, les mèches s'imbibent déjà de bile.

La vésicule enlevée est petite, remplie de calculs dont cinq de la grosseur d'un gros pois, une dizaine comme des têtes d'épingle en verre. Il semble qu'on trouve au niveau du fond une trace d'ancienne perforation. Les suites opératoires furent excellentes et la guérison définitive.

OBSERVATION LII

(Service de M. le D^r Tixier).

Appendicectomie et cholécystostomie. — Guérison.

Femme, 57 ans, envoyée par le D^r Devic. Depuis cinq mois, elle a présenté cinq crises douloureuses dans le ventre et rattachées à une appendicite ; elle s'est mise au régime lacté depuis trois mois, car les aliments solides lui occasionnent de nouvelles douleurs.

Plastron dans la fosse iliaque droite.

Intervention le 14 février 1908. — Grande incision de Jalaguier. Après l'ouverture du péritoine, on trouve un paquet d'adhérences réunissant le cæcum et l'appendice, le côlon, le pylore et la vésicule. On enlève d'abord l'appendice ; puis après avoir protégé le champ opératoire, on libère les adhérences sous-hépatiques et on fait une cholécystostomie. Vésicule rétractée, renfermant un calcul. — Guérison.

OBSERVATION LIII.

(Service de M. le D^r Tixier).

Cholécysto appendicite. — Appendicectomie et cholécystectomie sous séreuse. — Guérison.

Femme de 40 ans, entre à l'hôpital le 23 mars 1906. Rien à signaler dans ses antécédents. Depuis quelque temps, elle se plaint de troubles digestifs vagues. Elle éprouve au niveau de l'épigastre une douleur qui s'irradie en arrière entre les deux épaules et qui s'est accompagnée de quelques vomissements bilieux. La malade, à plusieurs reprises, a présenté une teinte subictérique de la sclérotique et des téguments. A l'examen, la palpation est douloureuse dans

tout le côté droit de l'abdomen, où elle provoque de la défense musculaire de la paroi. On perçoit un volumineux plastron abdominal remontant d'un point situé un peu au-dessous de celui de Mac Burney jusqu'au niveau des fausses côtes dans la direction de la vésicule. Sur toute l'étendue de ce plastron, la malade ressent une douleur aiguë. La respiration est nettement du type inverse; forte constipation. Rien à signaler par ailleurs.

Intervention. — Grande incision de Jalaguier. On tombe sur un cæcum recourbé en avant et en haut par une adhérence qui l'unit au côlon transverse. L'appendice est rétrocaecal. Sa pointe remonte vers le foie. Appendicectomie sous-séreuse. Il renferme des calculs stercoraux. On se porte alors plus haut sur un foyer d'adhérences à point de départ vésiculaire, libération de ces adhérences. On perçoit dans la vésicule de volumineux calculs. Cholécystectomie sous-séreuse. Suites opératoires normales. La malade, revue par la suite, est complètement soulagée.

OBSERVATION LIV

(Service de M. le Docteur Bérard)

Cholécysto-appendicite. — Intervention sur la vésicule et sur l'appendice
Guérison

S. A. 48 ans, cuisinière, entre salle Ste-Catherine, à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 1^{er} décembre 1905, pour des douleurs appendiculaires consécutives à une crise aiguë survenue deux mois auparavant. Il y a huit ans, elle avait été opérée à la Charité par M. Laroyenne, pour un fibrome avec annexite (castration totale). Depuis cette intervention, la malade, assez sujette à la constipation, se plaint de douleurs revenant par accès peu violents, mais assez fréquents, dans la région de l'hypochondre droit. Ces douleurs s'accompagnaient d'un léger subictère. Il y a un mois et demi, à la suite d'une infection grippale avec trachéo-bronchite, elle ressentit brusquement de vives douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Repos au lit de deux semaines. La malade avait repris ses occupations, lorsqu'il y a huit jours, elle ressentit brusquement, vers sept heures du matin, des douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans tout

l'abdomen : vomissements, nausées. Le médecin, appelé d'urgence, fait entrer la malade le soir même à l'hôpital. La température à ce moment est de 38° 2. Application de glace et diète absolue ; vers deux heures du matin, la fièvre est tombée à 37° 8.

Les douleurs sont moins continues, moins vives, assez diffuses avec deux maximums l'un au point de Mac Burney, l'autre au point vésiculaire, et s'accompagnent d'exacerbation à l'inspiration profonde. Constipation et atonie vésicale. Il faut sonder la malade qui, pendant toute la nuit, a présenté en outre deux vomissements bilieux peu abondants.

A l'examen, léger tympanisme diffus dans tout l'abdomen ayant son maximum au voisinage du cæcum. La région iliaque droite est le siège d'un empâtement profond, peu net, mais assez douloureux, douleur accentuée par le toucher vaginal dans le cul-de-sac droit. Le foie est un peu abaissé ; à travers la paroi grasse, on ne peut arriver à délimiter la vésicule, mais la palpation superficielle de la région vésiculaire s'accompagne de défense musculaire, avec un peu de rigidité des grands droits et la palpation profonde est douloureuse. Glace, diète, morphine.

Le 5 décembre, tous les phénomènes aigus ont rétrogradé, les douleurs sont nettement localisées aux point de Mac Burney et vésiculaire ; la malade, courbaturée au niveau des lombes et de l'épaule droite, éprouve, en outre, une sensation de tiraillement dans tout l'abdomen. L'examen des urines révèle la présence de pigments biliaires, pas d'albumine.

Le 8 janvier 1906, opération à froid : Grande incision sur le bord externe du grand droit permettant d'aborder à la fois la vésicule et l'appendice. L'appendice est d'abord découvert. Il est en position rétro cæcale, un peu prolabée et légèrement adhérent à la face postérieure du cæcum. Néanmoins, il s'enlève facilement ; on procède à l'enfouissement du moignon. On remonte alors du côté de la vésicule, la paroi de cet organe est fortement épaissie, un peu dépolie et adhère par son fond au côlon transverse près de son angle droit.

La cholécystostomie permet l'extraction de trois calculs biliaires du volume d'un pois, calculs à facettes, dont l'un est enclavé assez fortement au niveau du bassinnet de la vésicule.

L'exploration digitale profonde des voies biliaires est gênée par les adhérences de péricholécystite, mais le stylet boutonné pénètre jusque dans le duodénum. Drainage de la vésicule, tamponnement à la gaze au-dessus. Les suites opératoires sont excellentes. Guérison parfaite, sans fistule, au bout de deux mois.

OBSERVATION LV.

(Service de M. le Docteur Bérard)

Cholécysto-appendicite. — Intervention sur la vésicule et sur l'appendice. — Guérison.

V., Ph., 36 ans, 3 enfants bien portants, 2 fausses couches, fièvre typhoïde à 18 ans. Soignée pour des coliques hépatiques il y a plusieurs années. Elle entre, le 22 mai 1905, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le Docteur Bérard, parce qu'elle souffre depuis cinq semaines de crises de coliques abdominales dans le côté droit, qui se sont déclarées à plusieurs reprises. Bien que la malade, depuis le début de ces crises douloureuses, ait présenté plusieurs fois un peu d'ictère, il semble bien d'après les autres amnestiques et les symptômes qu'elle accuse, que l'on soit en présence d'une appendicite actuellement refroidie. — Opération le 24 mai. — Incision de Roux pour enlever l'appendice, très long et un peu congestionné avec dépôt fibrineux à sa surface. Exérèse, thermocautérisation, enfouissement du moignon.

Toutefois, comme l'état de cet appendice relativement peu touché, ne donnait pas suffisamment l'explication des symptômes présentés par la malade, et en raison des antécédents de coliques hépatiques, on a alors la curiosité d'explorer la vésicule biliaire en l'abordant par une autre incision au lieu d'élection après fermeture de l'incision de Roux. On tombe sur une cholécystite purulente. La cholécystostomie donne issue à un demi-verre de pus. On pratique l'extraction de 5 gros calculs enfermés dans la vésicule. Suites opératoires excellentes.

Le drainage de la vésicule et du foyer vésiculaire avait été fait à l'aide de mèches, que l'on enlève définitivement au vingtième jour. Guérison par première intention. La malade revue 6 mois, puis 18

mois après, se plaint encore de quelques troubles digestifs avec pesanteur après les repas, ballonnement surtout lorsqu'elle n'a pas suivi un régime alimentaire un peu surveillé. De temps en temps, elle éprouve encore des sensations de tiraillement, comme par des adhérences subsistantes. Mais la palpation abdominale n'est plus douloureuse, plus rien du côté de l'appendice. La malade n'a eu depuis l'opération ni coliques hépatiques, ni ictère.

OBSERVATION LVI.

(Service de M. le Docteur Bérard)

Hydropisie intermittente de la vésicule, probablement par coudure du cystique et appendicite avec présence d'oxyure à l'intérieur de l'appendice. -- Appendicectomie et libération de nombreuses adhérences vésiculaires dues à de la péritonite sous hépatique. — Guérison.

G..., femme de 34 ans, sans antécédents, a éprouvé depuis cinq ans, plusieurs crises douloureuses de la région de l'appendice s'accompagnant de vomissement et de constipation. Ces crises duraient environ 3 à 4 jours, ne forçaient pas la malade à s'aliter, mais la gênaient considérablement dans son travail. Elles se reproduisaient tous les 3 à 4 mois. Il y a trois mois la malade fut prise brusquement dans la nuit de vives douleurs abdominales siégeant surtout dans la fosse iliaque droite, dans la région de l'appendice. Ces douleurs durèrent 4 jours s'accompagnant d'ictère, de vomissements et de diarrhée avec fèces décolorés. Pas d'irradiation dans le dos, ni l'épaule. La malade entre le 26 juillet 1906 à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. le Docteur Bérard en vue d'une intervention.

A la palpation, le ventre est souple et douloureux au niveau de la vésicule et de l'appendice. La vésicule paraît un peu grosse. Pas d'ictère, température subfébrile. Dans les urines pas d'albumine, pas de pigments biliaires. Intervention. Grande incision de Jalaguier. La vésicule est un peu distendue et enfouie sous un paquet d'adhérences qui la fixent d'une part à l'angle droit du côlon et, d'autre part, à la région pylorique. Tout le côlon ascendant est lui-même plus ou moins adhérent au grand épiploon, qui cependant ne jette

pas sur lui de brides d'étranglement. L'appendice remontant est en position rétrocaecale. Lésions d'appendicite chronique. Dans la lumière de l'appendice, on trouve un oxyure. Appendicectomie et libération des adhérences qui coiffent la vésicule. Pendant ce dernier temps de l'opération, on sent que celle-ci se vide entre les doigts, comme s'il y avait eu une ceudure du cystique qui gênait son évacuation. L'exploration des voies biliaires ne révélant aucun calcul perceptible, on ne touche pas à la vésicule.

OBSERVATION LVII

(Service de M. le Docteur Bérard)

Cholécystite et appendicite

Appendicectomie et cholécystostomie. — Guérison

M^{me} O. D., 28 ans, couturière, est envoyée à l'hôpital avec des signes de péritonite, que son médecin attribue à une infection génitale. On ne relève rien dans ses antécédents héréditaires. Son interrogatoire est très difficile en raison de son état de souffrance et l'on peut seulement arriver à reconstituer son histoire actuelle :

Il y a huit jours, elle fut prise brusquement, dans la nuit, de douleurs violentes au niveau de la fosse iliaque droite. Le lendemain, vomissements et diarrhée qui ont persisté jusqu'à ce jour.

A l'entrée, il s'agit d'une malade, infectée, pâle et abattue. Subictère des conjonctives. Le pouls est rapide, mais bien frappé, cent pulsations. La température atteint 39° 4.

A l'examen du ventre, on voit qu'il existe un peu de ballonnement. La paroi abdominale est en état de défense : les muscles sont contractés. Par la palpation, on révèle seulement de la douleur dans le côté droit. Il existe de l'empâtement au niveau des fausses côtes, qui se prolonge jusque dans la région appendiculaire. Mais on ne trouve pas de collection.

En présence de ces symptômes et devant l'état général assez bon de la malade, malgré la fièvre élevée, on ordonne le repos absolu avec application de glace.

Deux jours après, la température restant élevée, M. Bérard se décide

à intervenir (31 janvier 1908). Incision sur le bord du grand droit, pour aborder la vésicule. On tombe sur un foyer d'adhérences qui s'étend en bas jusqu'au niveau de l'appendice. On dégage alors cet organe et on le résèque. Puis, revenant au niveau de la vésicule, où l'on sent un gros calcul, on fait une cholécystostomie. Par l'incision de la vésicule, il s'échappe une bile épaissie, trouble et noire comme du goudron. Extraction du calcul. Drainage.

Les suites de l'intervention furent simples. La température tombe le lendemain. La fistule se ferme au bout d'un mois et demi. Guérison.

Nous avons récemment pu obtenir des nouvelles de cette malade. La guérison s'est maintenue jusqu'ici.

OBSERVATION LVIII

(Clinique de M. le Professeur Poncet).

Cholécysto-appendicite. — Cholécystite calculeuse primitive. —

Cholécystectomie sous-séreuse. — Appendicectomie.

Femme de 29 ans, entre à l'hôpital en vue d'une opération avec le diagnostic d'appendicite, ayant donné lieu à deux crises aiguës (mais actuellement refroidie). La première crise douloureuse remonte à deux ans et quelques mois. Brusquement, au milieu de la nuit, la malade fut prise de douleurs épigastriques très vives, accompagnées de vomissements bilieux, puis les douleurs se localisèrent dans le flanc et la fosse iliaque droite. Un peu de fièvre. Séjour au lit de quinze jours avec glace sur le ventre; la maladie dure en tout quatre semaines; il n'y eut jamais d'ictère ou de coloration des urines. Depuis cette première crise la malade a toujours souffert d'une façon assez diffuse dans le flanc et la fosse iliaque droite. Il y a quatre semaines, nouvelle crise douloureuse absolument semblable à la première. A l'arrivée de la malade dans le service, on constate la présence d'une masse assez volumineuse à 5 ou 6 centimètres au-dessous de la position normale de la vésicule biliaire; cette masse se continue en bas par une sorte de cordon et d'épaississement diffus qui suit le trajet du côlon ascendant et descend jusqu'à la fosse

iliaque. Au niveau de cette dernière et collée contre sa paroi externe, on sent également la présence d'une masse assez volumineuse et dure. Avec cela, ni douleur, ni plastron au niveau du point de Mac Burney. Au toucher vaginal on provoque un peu de douleur au niveau du cul de sac droit; il y a du clapotage caecal assez net, l'estomac est légèrement dilaté. Du reste, pas d'élévation de la température; rien d'anormal dans les urines.

En présence de cet ensemble symptomatique, on est assez embarrassé pour poser un diagnostic ferme. Il ne s'agit évidemment pas d'appendicite vraie. La malade est pâle, presque cachectique; la tuméfaction qu'elle présente sur le trajet du côlon ascendant, répond peut-être à une bacillose de cet organe. D'autre part, les caractères des crises douloureuses, les phénomènes gastro-intestinaux font penser à une cholécystite chronique, mais la tumeur observée siège au-dessous de la place normale de la vésicule. Il n'y a jamais eu d'ictère.

Opération le 25 novembre 1904 par M. Delore. Laparotomie basse avec incision de Jalaguier sur le bord externe du grand droit. On tomba tout d'abord sur un appendice en position postérieure, enfoncé dans des adhérences; tout le long du côlon ascendant, il existait également des adhésions unissant ce dernier à la paroi latérale de l'abdomen et à l'épiploon épaissi et aboutissant en haut à une vésicule prolabée et abaissée, entourée d'une épaisse coque de péricholécystite. L'incision fut alors agrandie par en haut pour arriver jusqu'à la vésicule. L'intervention comporte dès lors trois temps.

Premier temps. — Appendicectomie sous-séreuse avec thermocautérisation et enfouissement du moignon.

Deuxième temps. — Libération rapide des adhérences unissant le côlon ascendant à la paroi et à l'épiploon.

Troisième temps. — Cholécystectomie sous séreuse; la vésicule était pleine de calculs.

Suites très simples; trois semaines après l'intervention, la malade était opératoirement guérie. Nous avons eu récemment de ses nouvelles; la guérison se maintient.

CONCLUSIONS

I. — La coexistence de cholécystite et d'appendicite est beaucoup moins rare qu'on ne le croyait autrefois.

II. — Elle se traduit au point de vue clinique par des symptômes de ces deux localisations inflammatoires. Les crises douloureuses occupent parfois les deux régions appendiculaires et vésiculaires à la fois. Plus souvent, semble-t-il, on note l'apparition successive de crises appendiculaires et vésiculaires.

III. — Au point de vue anatomique, la cholécysto-appendicite se caractérise le plus souvent par des lésions de péritonite chronique et des adhérences, qui correspondent aux lésions décrites par MM. Tripier et Paviot, sous le nom de péritonite sous hépatique. Mais dans quelques cas, on a observé des péritonites suppurées, localisées ou généralisées, avec perforation double de la vésicule et de l'appendice.

IV. — Au point de vue pathogénique, on peut invoquer, pour expliquer cette association, la propagation de la

cholécystite à l'appendice (théorie de Dieulafoy, Tripier et Paviot). Plus rarement, la cholécystite est une complication de l'appendicite (Weber). Enfin, dans quelques cas exceptionnels, il s'agit de l'infection simultanée de l'appendice et de la vésicule au cours d'une infection intestinale ou d'une infection générale.

V. — Au point de vue thérapeutique, la cholécysto-appendicite est justiciable, toutes les fois que le permet l'état du malade, de l'ablation simultanée de la vésicule et de l'appendice. A cet effet, l'incision de Jalaguier, prolongée en haut, toujours sur le bord externe du grand droit, est particulièrement recommandée.

Le Président de la Thèse,

VU :

ANTONIN PONCET.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} décembre 1910,

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — La cholécystite à forme d'appendicite. Lyon Médical, 1901.
- BARETTE. — Un cas d'appendicite gangréneuse avec ictère grave mortel. Acad. médecine, 19 mars 1901.
- BARNSBY. — Appendicite et annexite. Thèse Paris, 1898.
- BECKER (Adolf). — Ueber Gleichzeitige Erkrankungen an appendicitis und cholélithiasis resp. cholécystis. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie LXVI, 3-4, XII.
- BERTHELIN L. — Les complications hépatiques de l'appendicite, thèse de Paris, 1895.
- BOIVIN L. — Le foie appendiculaire, thèse Paris, 1906.
- BRANDT. — Centralblatt für Chirurgie, 1901, S. 972.
- BRUNS. — Beitræge Z. Klin. Chirurgie. 13 Bd. S. 362, 21 Bd. S. 518, 23 Bd. S. 756, 23 Bd. S. 749, 21 Bd. S. 538. 32 Bd. S. 437.
- CHAUFFARD. — Traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. Semaine Médicale, 1901, p. 1.
- COTTE (G.). — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications (thèse Lyon, 1908).
- DELORE et ALARMATINE. — Observation de cholécysto-appendicite, Lyon Médical, 1909.
- DIEULAFOY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1901-1902, tome IV, 19^e leçon, 1903.
- Etude sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite. Acad. de médecine, 16 juin 1903 ; Presse Médicale, 17 juin 1903, p. 445 ; Semaine Médicale, 21 octobre 1903 ; Manuel de pathologie interne, 1908.

DIEULAFOY et RECLUS. — Typhlocolite et appendicite, Académie de médecine, mai et juin 1906.

DREYFUSS (A). — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la cholécystite et de l'appendicite, thèse de Lyon, 1902.

DUFOUT. — Influence du régime alimentaire sur la genèse de la lithiase biliaire, Presse Médicale, 1902, n° 42.

FINK F. — Prager Medizinische Wochenschrift, XXXIII, 12 novembre 1908.

GAYET. — Observation de cholécysto-appendicite, Lyon Médical, 1909.

GILBERT et DOMINICI. — Angiocholite et cholécystite typhiques expérimentales. Soc. de biologie, 23 décembre 1893.

GILBERT. — Traité de médecine Brouardel et Gilbert.

GILBERT et LEREBoullet. — Appendicite et cholélithiase. Soc. de Biologie, 23 mai 1903.

GILBERT et LIPPMANN. — Recherches bactériologiques sur les cholécystites. Soc. de biologie, Paris, 1902, LIV, 989-992.

GRANT. — The Journal of the American medical association, 1903, 18 avril.

JEANSELME. — Article appendicite. In Debove Achard, traité de médecine.

KEHR. — Ein Rückblick auf 720. Gallensteinlaparotomien Münchener med. Wochenschrift, 1902, n° 42.

— Langenbeck's Archiv. 58 Bd, S. 552.

— Technik der Gallenstein operationen, München, 1908.

— Drei Jahre Gallensteinchirurgie, München, 1908.

KÜMMEL. — Deutsche Med. Wochenschrift, 1897, n° 35, S. 556.

LAPLACE. — Some unusual factures of appendicitis. Journal of the Amer. med. association, 1901, october, Réferirt : Centralblatt f. Chirurgie, 1902. S. 107.

LE GENDRE. — Cholécystite éberthienne. Soc. méd. des hôpitaux, 6 décembre 1901.

LEJARS. — Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Sem, méd., 1902 p. 381-386.

— Angine et appendicite. Semaine médicale, 1904, p. 203.

— Appendicite ou fièvre typhoïde? Sem. méd., 1906, p. 517.

LEMIERRE et ABRAMI. — Société de biologie, 1907, Presse médicale, 30 octobre 1907.

LÉVY. — Essai sur la cholécysto-appendicite, thèse Nancy, 1904.

MACCARTY. — The Pathology of the Gall Bladder and some associated lésions. *Annals of Surgery*, 1910, p. 650.

MARTEL. — Observation de cholécysto-appendicite. *La Loire médicale*, 15 juillet 1909.

MAUGERET (Reine). — Cholécysto-pancréatite ; essai de pathogénie, thèse de Paris, 1908.

MAYO (Ch. et W.). — A review of 1,500 opérations for Gallstones diseases with spécial référence to the mortality (*Ann. of Surg.* 1906)

MÉRIEL. — Appendicè rétro-caecal et syndrome cholécystique. — Presse médicale, 1909, p. 225.

MEUSSER. — Ueber Appendicitis und Typhlitis mit cachirtem und ungewöhnlichen Verlaufe. *Inaug. Dissert.* Iena, 1897.

MICHEL Gaston et BICHAT. — Cholécystite suppurée et appendicite. *Revue méd. de l'Est*, 15 juin 1903.

MOURIQUAND. — Sur quelques cas de chirurgie biliaire (travail du service de M. le Dr Tixier), *Lyon médical*, 1908.

MOYNIHAN. — *Lancet*, 6 juin 1903.

NARATH. — Beitrage Zur Klinischen Chirurgie Jahresbericht der Heidelberger Chirurgischen Klinik, 1908 et 1909. Suppléments tome 59 et 64.

POZZI. — Salpingites d'origine intestinale. *Bull. Soc. de Chirurg.* tome XVI, 1890, p. 779.

QUÉNU. — *Journal des Praticiens*, 1898, p. 227.

QUÉNU et DUVAL. — Les angiocholites aiguës. *Compte rendu du II^e Congrès international de Chirurgie*, Bruxelles, 1908.

RECLUS. — Pathogénie de l'appendicite. *Soc. de Chir.* 9 déc. 1896.

RIMAM. — Beitrage Z. Chir. und Pathologie der Cholélithiasis. — *Beitrage*, 1908, tome 60.

RIEDEL. — *Berlin Hirschwald*, 1892, S. 132.

— *Langenbeck's Archiv.* 47 Bd, S. 178, und 112.

— *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der med. und. Chirur.* 3 Bd, S. 214, u. 170.

ROTTER. — *Langenbeck's Archiv.* 67 Bd. S. 269.

SEDLER. — Münchener med. Wochenschrift, 1902, S. 1121.

SIMONIN. — Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses Soc. méd. des hôpitaux, 27 décembre 1901.

SONNENBURG. — Pathologie und Therapie der Pérityphlitis. 4 Aufl. S. 194, u. S. 43, u. S. 45.

THÉVENIN. — Syndrome cholécystique et syndrome appendiculaire, thèse Paris, 1907.

TIXIER et PÉLICAND. — Cholécystite calculeuse et appendicite, Lyon médical, 1908.

TRIPPIER et PAVIOT. — L'appendicite par infection générale Semaine médicale, 1899, p. 73.

— Pathogénie péritonique de la crise appendiculaire. Archives générales de médecine, juillet 1899.

— Pathogénie péritonique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques. Semaine médicale, 28 janvier 1903.

La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire. (Encyclopédie Léauté).

VERGRIETTE. — Causes d'erreurs dans le diagnostic de la lithiase biliaire, thèse de Paris, 1899.

Weber. — Appendicitis in der Genen der Entzündung der Gallenwege und der Cholélithiasis. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Méd. u. Chir., 1910, S. 924.

